

四門会

第7号



聖マリアンナ医科大学
耳鼻咽喉科学教室同門会

目次

巻頭言	主任教授 加藤 功	2
ご挨拶	新医局長 芋川英紀 旧医局長 佐久間 惇	3 4
教室業務		6
医局構成		
出張状況		
その他		
速報 前年度学位授与者論文要旨	木下 裕継 萩野 貞雄 杉浦 夏樹	8 9 11
トピックス		12
中耳結核	助教授 肥塚 泉	12
外リンパ瘻を理解する	岡田 智幸	15
扁桃について	石倉耳鼻咽喉科 石倉 幹雄	16
各研究班のブリーフコメント		18
めまい研究班：「ついにここまで来た……」	岡田 智幸	18
聴覚研究班：聴覚グループの現況	越智 健太郎	19
鼻・アレルギー研究班：鼻アレルギー班のブリーフ・コメント	宮部 聡	20
腫瘍研究班：頭頸部癌の遺伝子診断と遺伝子治療	堤 康一朗	20
大学院生の研究進行状況		23
1) 私の学位研究テーマについて	菊地 仁	23
2) 大学院で学んだこと	関 良武	24
3) 大脳皮質からの視覚情報がOKN皮質下経路に影響を及ぼす可能性	新谷 敏晴	25
4) 私の大学院生活	菱澤 えり子	26
ARO・フロリダ奮闘記		27
第22回 ARO Mid Winter Meetingに参加して	小松崎 靖	
OB通信		29
私の音楽遍歴	飯田耳鼻咽喉科医院 飯田 順	29
近況報告	星川耳鼻咽喉科医院 星川 智英	30
関連教育病院だより		31
町田市民病院	吉野 清美	31
水戸済生会総合病院	杉浦 夏樹	32
新入局員紹介	岡本 充史	33
ありがとう	金子 卓爾	33
復帰しました	木村 みすず	34
同門会会則		35
平成11年度 同門会 会員名簿		37
編集後記		41

同門会3年目を迎えて



加藤 功

平成10年度も後4日だけの3月末日になりました。同門会の諸先生には、益々お元気で御活躍の事と拝察申し上げます。10年度は橋本内閣が6大改革を掲げ財政再建、行政改革に取り組んで来たわけですが、その結果が思うに任せず、参議院選で大敗退し、代わりに、小淵新内閣がバブル時代のつげがまわって来た型で大不況の最中、経済再生、景気浮揚を旗印に発足した年であります。世界に目を転じますと、冷戦時代が懐かしいという論説がありました。差し当たり当面の目標の大国がいなくなった所為もあり、民族紛争が勃発し、ユーゴスラビア連邦とセルビア共和国コソボ自治州との紛争は泥沼の感があります。インド、パキスタンでは核実験を行い、北朝鮮はミサイルを日本の越しに打ち上げました。何かしら見えない21世紀に向けて全てが乗り遅れないように、収支を合わせるよう積極的に改革しているのを感じます。

大学も激しい改革の波に翻弄されております。前回外来の内科、外科が臓器別に再編され、例えば呼吸器・感染症内科というように9系列に分かれ、オーダリング・システムに移行しております。処方はこの3月より全部院外処方になりました。今度は大学の講座の合併が進んでいます。解剖、病理、生理の1本化、衛生、公衆衛生が予防医学として1本化しております。そして臨床講座の人員の適正化という名のもと人員削減の方向に進んできています。これに呼応するように教官の自己点検、学生からの評価と教官の任期性、任命権を学長に委譲などの既得権を離れての改革方策が考えられています。変化すれば良くなるとは限りませんが、しかし、変化がなければ前進なし。今後とも流れの激しい社会情勢、大学情勢の中で乗り遅れないよう耳をそばだてて対応して行きたいと思えます。

それでは恒例になりました平成10年度教室同門会の現状を報告します。平成10年度は4名の入局者があり

ました。もう今の時期になりますと地方部会で発表しており、いずれも将来有望な新人です。中村 学、黒田 寿史、赤澤 吉弘、杉山 裕先生です。

本年度も殆ど全ての学会で発表しておりますが、第50回日本気管食道科学会（神戸）で喉頭外傷—QOLを目指してと題して私がシンポジウムを受け持ちました。肥塚 泉助教授が第37回日本鼻科学会（福井）で嗅覚最前線でシンポジストになりました。

本年度の文部省科学研究費は、大橋 徹先生：慢性腎不全の蝸牛に及ぼす影響に関する研究、肥塚 泉先生：偏垂直軸回転検査（OVAR）を用いた耳石—半規管連関の解明およびその臨床応用、漆畑 保先生：喉頭癌細胞の死 男性ホルモン受容体遺伝子の変化とその誘導、堤 康一郎先生：ヒトケラチノサイトの分化に特異的なHPV-16 遺伝子転写制御領域の同定、越智健太郎先生：ニモジピンの耳鳴誘発薬剤の効果に及ぼす影響—蝸牛血流量およびCAP順応性現象の変化について—、佐久間 惇先生：頭を自由にした状態での追跡眼球運動、赤尾 一郎先生：シスプラチンの蝸牛複合電位順応現象および蝸牛血流量に及ぼす影響、荻野 貞雄先生：頭位変化および頭位変換による視運動性眼振および視運動性後眼振の三次元解析、釵持 睦先生：サリチル酸、キニンによる耳鳴とネコ皮質聴覚野との関係、朝倉 美弥先生：めまい、突発性難聴、顔面神経麻痺の血小板機能の係わり、肥塚 泉先生：耳石眼反射における脳内空間マップ関与（宇宙開発事業団）等その他私が施設整備費で4千万以下の予算がついており本学において1番研究費をもらっております。従ってこれら題目の延長線上に今の耳鼻科の研究は進んでおります。

平成10年度には金子 卓爾先生、諸見里 和子先生が開業されました。諸先生の今後のご活躍、ご発展を祈ります。

最後に平成11年11月25、26日新横浜プリンスホテルで第58回日本平衡神経科学会を開催致します。ご存知の如く第52回には竹山 勇 名誉教授が開催されております。学会を開催することにより教室の活性化につながり、更に教室のさらなる発展を期したいと思ひ、会長を引き受けました。どうか同門会の皆様様の御支援を賜りますようお願いして挨拶とさせていただきます。

ご挨拶

医局長就任にあたって

芋川 英紀

このたび平成10年12月17日の医局長選挙において選出され平成11年度の医局長を拝命いたしましたので、ご挨拶申し上げます。

年末より年度始めまでの間、人事の調整、それに伴う外勤の割り振り、さらには恒例の春の学校検診の組み合わせ等々、すでに就任する以前の段階で「なるほどこれはたいへんなことになった」と、前任の佐久間先生、前々任の岩武先生をはじめとする歴代の諸先生方のご苦勞を身にしみて実感した次第であります。

さて、今年度においては11月に加藤教授が主宰されます日本平衡神経科学会総会学術講演会の開催が、医局最大のイベントであることはいまさら言うまでもありません。この栄えある学会を無事成功させることが私を含む医局員全員の責務と考えております。学会運営の実務の面ではすでに先輩の先生方のご尽力下さっておりますので、私の立場としては学会期間内の人員配置をアレンジする程度のお手伝いになるかとは思いますが、この期間は、関連病院ならびに同門会の諸先生方には何かと無理なご協力などお願いすることとなるかと思っております。何卒ご高配賜りますようお願い申し上げます。

話は変わりますが、近年医療を取り巻く環境はきわめて急速に変化しております。前回の保険法改正に伴う混乱がまだまだ完全に終息を見る前に、平成12年度にはより大幅な医療法の変革が画策されているようであります。この影響のためかどうか、早くも大学側からは外勤枠の削減命令、助手枠の凍結勧告、そしてベッド稼働率のさらなる向上、レセプト査定率についての非常に厳しい指

導など、いずれを取っても医局にとっては耳の痛い課題が矢継ぎ早に寄せられております。自然、医局員各位ならびに関係各方面には私の立場から苦渋のご協力をお願いすることも多くならざるを得ないと思います。その際には何卒深いご理解をいただきたいと存じます。

最後に、今後私は「このような重責が自分のようなものに勤まるのか」ときつと弱音を吐くこともあるかと思っております。その節は皆様の暖かい御声掛けが、何よりの励みになると思っております。何卒よろしく御助力御助言を賜りますようお願い申し上げます。



ご挨拶

2年間の医局長生活を振り返って

佐久間 惇

国内標準 (domestic standard) と国際標準 (global standard)

平成6年のある日、当時医局にあったPC9801Eが古くなったので約100万円の教学予算を使って更新しようという計画が持ち上がった。皆が医局内でもスライドがつけられるようなものという条件でなにを買ったらよいかと相談を受け、Windows 3.1を搭載したPC9801を提案した。その理由として、第一にNECのPC9801は国内標準機 (domestic standard) でそれまで医局にあったデータがそのまま使えること、第二にWindows 3.1はPC9801にもIBM互換機に搭載されているので販売されているコンピュータの数から国際標準 (global standard) になりうるからである。以上のことを医局会プレゼンテーションしたが、投票の結果ライバルのマッキントッシュに負けてしまい、アップルのシステムが医局に鎮座することになった。しかし、この考えは決して間違っていないと今でも思っている。時は流れ、Windowsは3.1、95、98へと進化しglobal standardになったが、一方の雄のPC9801はPC9821シリーズを最後に消滅してしまった。現在NECからNX-value starの名前で出ている機種はIBM互換機で、いわゆるの"PC9801"のものとは別物である。国内では向かうところ敵なしでdomestic standardの象徴であったPC9801が、global standardのWindowsという黒船によって瞬く間に駆逐されてしまったのである。PC9801、9821の機械そのものにはなんの欠陥もなく、なんの不自由なかった。今でも十分通用すると思う。ただWindowsには機種依存がないためPC9801でなければならないという必然がなくなり、ユーザーが選択肢の多いIBM互換機に

流れたのだ。結論は顧客がそれまで祭り上げていたdomestic standardでさえ、市場の風向きが変わればとたんにglobal standardによって淘汰されてしまう危険性があるということである。

社会の中の医療現場

平成6年度も終わりに近づいた頃、先代の竹山教授から神奈川県の記事問題委員の後継者になってほしいと依頼を受けた。あえて自分を名指ししていただいたのも何か意図があるはずで、自信がなかったが承諾した。記事問題という医療過誤や訴訟という連想されることが多いが、そればかりでなく社会の中の医療現場という観点からその境界線に起きうるすべてを含んでいる。インフォームドコンセント、リビングウィルといった患者からの要求への対処、宗教との摩擦、災害時に何をすべきか、弁護士や検察といった法曹会がどのような考えに基づいているかなどなど。医療現場では常識とか医者同士の阿吽の呼吸という医療業界のdomestic standardの思考回路ではとても対応できないことを痛感した。共通した認識として、相手の要求に対して受け入れるべきことは受け入れる、拒むことがあるなら根拠と論点を明確にすること、目の前にある事実を直視すること、文書として記録することなどである。社会が医療現場に対する要求が日増しに高まっている以上、医療現場でしか通用しないglobal standardではなく、一般社会でのglobal standardの手順を踏まないこれからは生き残られない。まるで江戸時代

に“長崎の出島”に出入りし自分の知らない海の向こうの世界を垣間見た、そんな気分である。このような機会を与えてくださった竹山先生に感謝する次第である。

“長崎出島”の番人

医局会計や副医局長まがいのことを3年間経験し、本当の医局長に就任したのは平成9年の春、医局の雑用が一通り覚えた頃だ。一番はじめての仕事は、各出張病院の院長に挨拶回りをすることだった。そこで各院長にいわれたことは、きれいごとではすまされない現実であった。“耳鼻科は外来点数が低いから、手術をこなさなければどうにもならない。* *先生から〇〇先生に代わってから手術件数が減ったから、今度は何とかしてください”、“大学病院は病院の名前で患者が来る。しかしこういう病院は医者の名前で患者が集まるのだ。患者の評判が第一。患者から文句の出るような医者はクビにする”。これは実際に挨拶回りでいわれた言葉である。さらに後日こういうこともいわれた。“せめて自分の給料分くらいはかせいでもらわないと…”、“××先生はここには向いていないと思います。できれば、△▼先生にきてほしいのですが”とか、“□□先生がいるのなら耳鼻科を閉めます。いなければこれ以上病院の評判は落ちませんから”。ここまでくると心臓が止まりそうである。医局は教育と研究と診療の3本柱から成り立っている。医療業界は医学と医療と医業の3本柱から成り立っている。教育と研究は医学に属し、診療は医療に属する。医学部を卒業し医局に入って十数年が経過して、確かに医学と医療に従事したかもしれないが、誰も医業については教えてくれなかった。実際、患者がお金を支払って自分の給料になるまでどのような仕組みになっているのか答えられる医局員が何人いるのだろうか。昨今の不況の医療業界も例外ではない。

患者獲得を命題とする市場原理の前では、きれいな事など吹き飛んでしまう。次期医局長がこぼした一言がすべてを象徴している。“大学の医局という傘の元では、外の雨風はわからない”。医局は江戸時代の鎖国の日本と一緒になかでは平和である。医局内のdomestic standardはglobal standardとは限らない。“太平の眠りを覚ますじょうきせん たった四はいで夜も眠れず”。医局内のdomestic standardがかつてのPC9801のようにglobal standardに飲み込まれるかもしれない。医局員各自がglobal standardの尺度で自分を評価する自覚が芽生えることを願う。



平成 11 年度 医局構成

平成 11 年 10 月 1 日現在

主任教授	加藤 功
教授	大橋 徹
助 教 授	肥塚 泉
講 師	岩武博也、漆畑 保、岡田智幸、越智健太郎、佐藤成樹、堤 康一郎、中島博昭
助 手	吉野清美、佐久間 惇、赤尾一郎、芋川英紀、荻野貞雄、木下裕継、田沢 卓、渡辺昭司、 釵持 睦、鈴木 毅、秋山由香里、勝見直樹、宮部 聡、小松崎 靖、杉浦夏樹
病 院 助 手	田中健二郎、宮本康裕、大塚崇志、信清重典、木村みすず
大 学 院 生	葵澤えり子、新谷敏晴、関 良武、菊地 仁、富澤秀雄、服部康介、尾谷良博、俵道 淳、 西野裕仁、小林健彦、桑原大輔
研 修 医	小宅大輔、内田 登、榎並厚人、松尾有希子、赤澤吉弘、黒田寿史、杉山 裕、中村 学 岡本充史

医局員の公的役割等 (主任教授、教授を除く)

平成 11 年 10 月 1 日現在

肥塚 泉助教授	日本耳鼻咽喉科学会編集委員 日本平衡神経科学会評議員 宇宙開発事業団招聘研究員 名古屋大学、新潟大学非常勤講師	岡田智幸講師	日本平衡神経科学会評議員、幹事 日本耳鼻咽喉科学会騒音性難聴担当医 日本オリンピック委員会スポーツ強化委員
		渡辺昭司助手	日本平衡神経科学会評議員 日本耳鼻咽喉科学会騒音性難聴担当医
堤 康一郎講師	日本気管食道科学会評議員		

平成 11 年度 出張状況

平成 11 年 10 月 1 日現在

大 学 病 院	加藤、肥塚、堤、岩武、佐久間、芋川、渡辺、宮部、大塚、富澤、田中
西 部 病 院	大橋、岡田、釵持、木村
東 横 病 院	越智、小松崎、杉浦、岡本
麻 生 病 院	葵澤
稲 城 市 立 病 院	鈴木、尾谷
稲 田 登 戸 病 院	荻野、西野
京 浜 総 合 病 院	秋山
済 生 会 川 口 病 院	田沢、宮本
島 田 総 合 病 院	木下、内田
東 芝 林 間 病 院	勝見
町 田 市 民 病 院	吉野、関
横 浜 総 合 病 院	赤尾、菊地
聖 ヨ セ フ 病 院	佐藤
済 生 会 水 戸 病 院	新谷、小宅
学 内 留 学	桑原、小林、俵道
スーパローテート	赤澤、黒田、杉山、中村
休 職	中島

教室週間予定

平成11年10月1日現在

曜日 \ 時間	7:30	8:25	9:00	19:00
月	手術反省会	教授回診	外来／手術（鼻副鼻腔）	抄読会
火			外来／手術（喉頭）	
水			外来／手術（中耳）	
木	手術症例検討会	教授回診	外来／手術（頭頸部腫瘍）	医局会（3週）
金			外来／手術	
土			外来（1, 3, 5週）	

大学外来担当表

平成11年10月1日現在

	初診	再来	特殊外来（午前）	特殊外来（午後）
月	加藤	芋川、渡辺、服部	中耳・顔面神経： 肥塚、佐久間	
火	佐久間	田中、服部	頭頸部・腫瘍：堤、榎並	
水	岩武	加藤、芋川、服部	口腔・咽頭：宮部、田中	鼻副鼻腔アレルギー： 宮部、田中
木	肥塚	大塚、服部	喉頭・音声：岩武、信清、 富澤、菅野	
金	堤	渡辺、菊地	めまい：加藤、肥塚 扁桃：宮部、石倉	聴覚・蝸電図：大橋、越智、 釵持、菊地 口腔感覚異常：堤
土	渡辺	田中2、 大塚4、 松尾、榎並		

慢性腎不全モルモットの雑音負荷による 蝸電図変化について

木下 裕継

【目的】

腎不全と蝸牛障害の関係については、多くの臨床的または実験的研究がなされてきた。しかし慢性腎不全においては、現在も明確な結論は得られていない。共同研究者の扱持は、腎臓の5/6切除手術を段階的に行うことにより慢性腎不全モルモットを作製し蝸電図変化を記録検討した。彼は、本手術後1ヶ月で、血清中のクレアチニン(Cr)や尿素窒素(BUN)の著明な上昇を認め、腎不全の起こることを確認した。しかし術後1ヶ月のCompound action potential(CAP)、Cochlear microphonics(CM)の変化は軽度であり、腎不全の進行する2ヶ月以後に、初めてCAP、CMの閾値上昇、CAP入出力曲線のH-曲線化等の異常が起こり、聴覚障害が発生してくると報告した。今回の実験の目的は、ほとんど蝸電図変化を来さない術後1ヶ月のモルモットに雑音負荷を加えた場合に、その蝸牛に対する影響がコントロールに比較して増強するのか否かを明確にすることである。

【方法】

1) 慢性腎不全動物の作成：実験動物には、モルモットを用いた。ペントバルビタール腹腔内投与後、キシロカインによる局所麻酔下に左腎臓2/3切除を行い、1週間後、対側の腎臓を摘出し5/6腎切除動物を作成した。約1ヶ月間放置した後、実験に供した。

2) 蝸電図記録：気管切開施行後、人工呼吸器を用いた呼吸管理下に蝸電図記録および雑音負荷を行った。蝸電図〔CAP、CM、SP(Summating potential)〕は、雑音負荷前、負荷直後、1時間後、3時間後、6時間後に記録した。刺激音にはクリック音と立ち上がり0.2msec、プラトー持続時間5msec、周波数2~10kHzの短音を用い、刺

激間隔(ISI)はクリック音の場合130msec、短音は30msecで、外耳道入口部より40cm離れたスピーカより与えた。各反応の閾値、振幅潜時時の平均値の比較、有意差検定は、t検定を使用した。

3) 雑音負荷：40cm離れたスピーカより105dB SPLの広帯域雑音(50~20000Hz)を30分間負荷した。蝸電図記録終了後は、血液を採取してBUN、Crを測定した。

【結果】

1) BUN値、Cr値は5/6腎切除1ヶ月後で有意に上昇した($P < 0.01$)。

2) CAP閾値は、コントロール群および腎不全動物群共に雑音負荷直後著明な上昇をきたした。コントロール群では、時間経過と共に閾値下降を示すが、腎不全動物では、異常上昇がそのままのレベルで6時間後も維持された($P < 0.05$)。

3) CAP潜時は、コントロール群および腎不全動物群共に雑音負荷直後、延長をきたした。コントロール群では時間経過とともに短縮を示すが、腎不全動物では、潜時延長はそのまま変わらなかった($P < 0.05$)。

4) 短音に対するCM閾値は、2kHz、4kHz共に、雑音負荷直後上昇をきたした。コントロール群では時間経過と共に閾値下降を示すが、腎不全動物群では閾値は明らかに上昇し続ける傾向を認めた($P < 0.05$)。

5) SPに関しては、振幅には著変を認めなかったが、腎不全動物群($n = 10$)に雑音負荷直後+SPから-SPへ極性の逆転を示すものが3例に認められた。

6) EP(endocochlear potential) を記録しえた2例では、ノイズ負荷6時間後で正常範囲出力が示された。

[考察]

蝸電図は蝸牛機能の電気生理学的指標であり、CAPより得られる診断情報は、pre-synaptic level (蝸牛有毛細胞性レベル)とpost-synaptic level (蝸牛神経の一次求心性ニューロンレベル) の総合された機能を表し、SP、CMは蝸牛有毛細胞のpre-synaptic levelの電位であり受容器電位であることは、RasselとSellickによって明確にされている。

今回の我々の実験成績を検討すると、コントロール動物に比較して5/6腎切除動物は、明らかに雑音負荷により蝸牛障害が増強されることが判明した。すなわち音響負荷と腎機能障害との間の相乗作用の発生は明らかである。CAP、

CMが閾値上昇あるいはCAP潜時延長の異常変化を示したこと、SP極性の逆転を示す例が認められたこと、2匹であるがEP値が正常を示したことなどから考えてやはり蝸牛有毛細胞の障害が強く示唆された。釵持は、5/6腎切除モルモットの蝸牛障害には、腎毒性産物の発現が誘因として働くことを推察した。腎障害と音響負荷の相乗作用の発現理由については、Aranらが述べるとく、音響暴露が有毛細胞膜の伝達チャンネルの活性化をうながし先の毒性産物粒子の細胞内侵入を促進させることが相乗作用 (synergism) 発現の要因として推察された。

最後に、今回の研究に関し、ご指導ご校閲を賜りました聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室 加藤功主任教授に深甚なる謝意を表すとともに、本研究を直接ご指導ご助言賜りました同教師 大橋徹教授に心より感謝いたします。

Vertical Optokinetic Nystagmus and Optokinetic Afternystagmus in Various Head Positions

(頭位変化が垂直性視運動性眼振、垂直性視運動性後眼振におよぼす影響)

荻野 貞雄

[はじめに]

この度、加藤主任教授にテーマをいただき、臨床の傍ら研究を続け、学位をいただくことができました。論文の題名だけでは何の研究か、今一つピンとこないかと思しますので、補足説明を加えつつ記したいと思います。

[OKN、OKANについて]

外界の動きを眼で連続的に追跡する機構には、中心窩を使って追う追跡眼球運動機構 (Pursuit System=PS)と網膜全体で追う視運動性機構 (視運動性眼振、Optokinetic Nystagmus = OKN) との

二つがあり、PSは中心窩が発達している人間と一部のサルでしか存在しないものですが、OKNは中心窩が発達していない下等動物にも認められます。このOKNとそれに引き続いてみられる視運動性後眼振 (Optokinetic Afternystagmus = OKAN: OKN刺激を与えた後、部屋を完全暗所にした状態でみられる眼振) では、水平方向に関して数多くの研究、報告が見られるものの、垂直方向に関してはその記録法の難しさ (後述) の為に報告例が少ないようです。

[サーチコイルシステムについて]

通常、眼球運動記録には皿電極(電気眼振図=ENG)が用いられますが、垂直眼球運動記録時には種々の技術的な問題点(汗によって電極がずれる、筋電図、瞬きなどのアーチファクトが混入する)が生じるため、正確な記録が難しくなります。今回の研究では、サーチコイルシステムを用いて記録しました。これは、眼球に電磁コイルを埋め込んだコンタクスレンズを装着して、眼球偏位量を電氣的に検出するもので、上記の記録上の問題点をクリアーし、より安定した記録が可能です。これにより、垂直方向のOKN、OKANの精密な分析ができました。

[耳石について]

サルの実験で、OKANが生じている際に、頭位を変化させることによってその特性が変化し(tilt suppression)、一方、耳石は重力をはじめとする直線加速度に反応すると言われていました。頭位の変化によって、耳石に加わる重力方向が変化すること、OKANの特性が変化することの2点から、OKANに耳石が関与しているものと考えられます。

[海外の研究]

OKN、OKANと言えば、まず加藤先生が数多く論文を発表していますが、耳石に関しては肥塚先生が今一番ホットな研究者ではないでしょうか。アメリカ、NASAが進めているニューロラブ計画の日本代表の一人として、活躍しているのは皆さんご承知のことと思います。宇宙酔いの発症に耳石と半規管の感覚混乱が重要である(四門会雑誌6号、日耳鼻の専門医通信58号、参照)、とのこと。私の研究は、この耳石とOKN、OKANの関係について調べたものです。来るべき宇宙旅行時代へ向けて海外だけでなく、日本国内でも耳石に対するに関心が高まってきており、めまい関連の学会でも耳石が取り上げられる機会が多くなってきました。

[論文要旨]

耳石が関与していると言われていて、垂直方向のOKN、OKANの上下差に関して検討した。正

常成人20名を対象に、正面座位、仰臥位、懸垂頭位で、60o/sの垂直OKN、step刺激で、OKNの利得gainとOKANの時定数TCsをサーチコイルシステムで眼球運動を記録し、パラメーターとした。OKNのgainでは、各頭位で上向き優位であった($p<0.05$)。OKANのTCsでは、各頭位で上向き優位($p<0.01$)、各頭位間での上下差の変化を見ると正面座位と比べ仰臥位で有意に減少($p<0.05$)、これが懸垂頭位でさらに有意に減少していた($p<0.01$)。さらに、正常成人4名を対象に重力方向の変化が耳石に十分に浸透する十分な時間をとるため、正面座位、右45O側臥位、右90O側臥位の各頭位で体位変換1時間後のOKANのTCsをみたが、統計学的に有意差はみられなかった。今回、耳石に加わる重力方向を変えたことによる上下差の変化を予想したが、各パラメーターに上向き優位の方向優位性は確認できたが、減少はみられたものの逆転はみられなかった。また、充分耳石が重力方向の影響に慣れた後のパラメーターには変化はみられなかった。以上のことから、垂直方向OKN、OKANの上下差には、耳石入力のみならず視覚入力や中枢神経内での再構築など、他の修飾因子の関与が予想された。

[最後に]

ご指導賜りました加藤主任教授、研究に際してご協力を得ました肥塚先生、佐久間先生、分析についてアドバイスをいただきました富山医科薬科大学の渡辺教授、データ記録時に手伝っていただきました検査部の久保田(な)さん、山崎さん、久保田(け)さん、被検者となってくれた後輩の諸君、ありがとうございました。さまざまな方のお力添えに対し、この場を借りましてお礼を申し上げたいと思います。論文に関するご質問やご意見は、適宜承ります。参考文献は記さなかったのですが、興味のある方、知りたい方は連絡していただければコピーを差し上げます。

Nuclear expression of p16^{CDKN2} gene product in human laryngeal epithelial cells transfected with human papillomavirus type 16 genome

杉浦 夏樹

【目的】

CDKN2 遺伝子産物である p16 蛋白 (p16) は、D 型サイクリンとサイクリン依存性カイネーシスの複合体による Retinoblastoma protein (pRb) のリン酸化を抑制し、G1 期における細胞周期進行を阻害する。近年、pRb の不活化が p16 の発現増加を誘導するという Negative feedback model が提唱されている。実際、Human papillomavirus type 16 (HPV16) 遺伝子の導入および発現によって不死化したヒト上皮細胞の pRb は HPV16 E7 蛋白と結合して不活化し、p16 発現増加が誘導されることが報告されている。本研究の目的は HPV16 遺伝子の導入によって頭頸部領域のヒト上皮細胞 (ヒト喉頭上皮細胞) における p16 発現が、HPV16 遺伝子発現によってどのような影響を受けるかを検討することであった。

【材料と方法】

ヒト喉頭培養上皮細胞 (Human Laryngeal Epithelial Cell = HLEC) は、下咽頭癌患者の咽頭喉頭摘出術によって得られた正常喉頭粘膜より培養した。Lipofection 法を用いて HLEC へ HPV16 フルゲノムを導入した。核内 p16 の発現は、抗 p16 マウスモノクローナル抗体を使用した免疫細胞学的手法によって観察した。HPV16 フルゲノムを導入した HLEC における HPV16 RNA の発現は、ビオチン化した HPV16 フルゲノムをプローブとした In situ hybridization 法により調べた。

【結果】

HLEC- α , HLEC- β および HLEC- γ は、それぞれ異なる患者から得られた正常 HLEC である。低カルシウム無血清培地で初代培養された正常 HLEC- α , - β , - γ では、p16 の核内発現は検出し得なかった。また HPV16 RNA の発現も認めなかった。不死化前の HPV16 フルゲノム導入

HLEC- α , - β , - γ からカルシウムおよび血清に対する抵抗性によって選択分離された HLEC- α 16.1R, 2R, 3R, 4R, 5R, - β 16.1R, 2R, 3R, - γ 16.1R, 2R, 3R, 4R, 5R, 6R, 7R, 8R の 16 細胞株の内 13 株に HPV16 RNA の発現を認めた。興味深いことに、それら 16 検体すべてに p16 の核内発現は認めなかった。HPV16 フルゲノム導入 HLEC16 株の大部分 (14 株) はクローニング後 3 から 5 回の継代培養を行うと老衰しそれ以上増殖不能となった。HLEC- α 16.3R と HLEC- γ 16.8R の 2 株は増殖を続けることができ不死化したものと判断された (HLEC- α 16.3I と HLEC- γ 16.8I)。HLEC- α 16.3I と HLEC- γ 16.8I は、不死化前 HLEC と比して p16 の核内発現を認めた。さらに以前に樹立した HPV16 E7 不死化 HLEC 細胞株 (HLEC16E7.1 と HLEC16E7.4) においても p16 の核内発現を認めた。

【考察】

HPV16 遺伝子を発現するが不死化していない HLEC (HPV16 フルゲノム導入直後の HLEC) において p16 の核内発現が正常 HLEC と同様に観察できなかった結果から、この時点では HPV16E7 による pRb との結合・不活化がまだおこっていない可能性が示唆された。また、培養されたヒト細胞の不死化には様々な遺伝子変化が伴うことがこれまでに数多く報告されているので、おそらく、HPV16 不死化ヒト喉頭上皮細胞における p16 発現増加の誘導には不死化に伴う未知の遺伝子変化が必要なかもしれない。

【結論】

HPV16 遺伝子の発現のみでは培養されたヒト喉頭上皮細胞での p16 発現増加を誘導するには不十分である。

中耳結核

助教授
肥塚 泉

I. はじめに

かつては、我が国の感染症の代表格であった結核の急激な減少に伴い、中耳結核は過去の病気として取り扱われてきた。しかしながら近年、中耳結核の集団発生が散見されるようになり、再度この中耳結核に対する関心が高まってきている。今回我々は、診断に苦慮した中耳結核の1症例を経験したので、症例について報告を行う。また、中耳結核に対する最近の概念、治療法等について紹介する。

II. 症例

症例は44歳女性、主訴は右耳漏である。平成9年8月、右耳閉感を主訴に近医耳鼻咽喉科を受診。滲出性中耳炎の診断のもと内服治療を受けるも無効であった。内服および2回にわたる鼓膜切開にて症状の改善が得られないため同年10月、鼓膜チューブ留置術を施行された。その1ヶ

月後、右耳下部腫脹、疼痛が出現したため、チューブを抜去した。その後、透明・粘張性の耳漏が持続するため、オフロキサシン、ベタメタゾンの点耳療法を、3ヶ月間にわたって受けた。同年12月、黄色膿性耳漏が出現、平成10年1月から8月にかけて、耳洗後、オフロキサシンをしみ込ませた詰めガーゼを、耳内に1時間留置するという治療を週4回受けた。これらの治療にもかかわらず、黄色膿性耳漏が持続するため当科紹介受診となった。既往歴、家族歴には特記すべき事項はなかった。平成10年8月6日、当科初診となった。初診時の鼓膜所見を図1に示す。鼓膜は陥凹し、一部癒着が認められた。また鼓膜前下象限を中心とする穿孔(単孔性)も認められた。鼓室内には肉芽が充満し、膿性耳漏の貯留が認められた。耳漏の培養の結果は、オフロキサシン、ホシホマイシン耐性の表皮ブドウ球菌であった。頻回の耳処置により、肉芽は減少、膿性耳漏は消失した。ところが初診の約1ヶ月後、耳痛が出現、外耳道全集性にびらんが出現した。膿性耳漏が大量に出現、培養の結果は黄色ブドウ球菌であった。ガフキーは陰性であった。結核菌培養を行ったところ、2週、4週は陰性、8週は陽性であった。その後1ヶ月間、3日に1回の耳処置、抗生物質、消炎鎮痛剤、ステロイド剤の内服投与を行うも、壊死の改善は認められなかった。その経過中、回転性めまいおよび、30~40dB程度の感



図1 鼓膜所見



図2 軸位CT：右乳突蜂にびまん性の陰影が認められる。蜂巣構造は保たれている

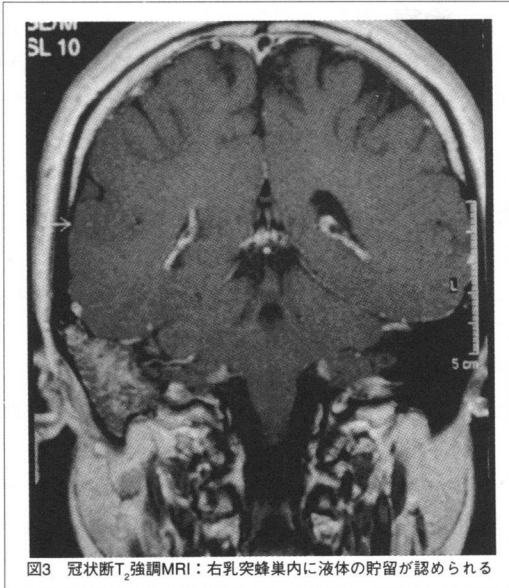


図3 冠状断T₂強調MRI：右乳突蜂巣内に液体の貯留が認められる

音性難聴が出現、また、右顔面神経麻痺(スコア：24/40)も出現したためステロイド剤の点滴を行った。側頭骨CTにて右乳突蜂巣に一致したびまん性の陰影が認められた。蜂巣構造は保たれていた(図2)。またT2強調MRIにて、同部に一致する均一な陰影が認められ、液体の貯留が疑われた(図3)。ツベルクリン反応は、発赤が32 x 35 mm、二重発赤(+)と強陽性を示した。顔面神経麻痺の改善を目的とした乳突洞開術および結核病変の全身検索を目的に入院となった。

1) 術中所見およびその後の経過

全身麻酔下、耳後部切開後、乳突洞開術を行った。橋部も除去しオープン法とした。乳突腔内は、透明かつ粘調な液体で満たされていた。また白色～灰白色の肉芽の強い増生が認められた。肉芽の可及的除去を行った。顔面神経水平部直上にも同様の肉芽の増生が認められ、これについても可及的除去を行った。粘調な液体について細菌学的な検索、白色～灰白色の肉芽については組織学的な検索を加えた。肉芽の病理の結果は、壊死を伴った慢性肉芽炎症であり、ラングハンス巨細胞を認めた。また粘調な液体については、Ziehl Neelsen、ガフキー共陰性、また結核菌培養は2週、4週、8週のいずれも陰性であった。PCRは、結核菌陽性であった。手術10日後に術創より抜去したガーゼを検体として検討を加えた。ナイアシンテスト陽性、結核菌培養は2

週は陰性であったが4週は陽性であった。SM、PAS、INH、RFP、KM、EBに対してはすべて良好な感受性を示した。

2) 他の部位の結核病変の検索

胸部レントゲンにて右肺尖部に陰影が疑われたので、胸部CTにて精査を加えたところ、異常所見は認められなかった。気管支鏡では肉眼的に異常所見を認めなかった。その際に採取した気管支液はガフキー陰性、また結核菌培養、PCR共陰性であった。以上より、中耳原発の中耳結核と診断した。その後、抗結核療法(INH、RFP)を施行、顔面神経麻痺については著しい改善傾向が認められた。また創部については耳欲等の局所処置を継続して行っている。乳突腔内には今現在、肉芽の増生、骨破壊等は認められず、比較的良好な経過を示している。

Ⅲ. 中耳結核の感染経路

血行性、リンパ行性、耳管經由および経外耳道の各経路で中耳に結核菌が到達する。以前は、肺結核に続発するものがほとんどであったが、現在は、他の臓器には結核性病変を認めない、いわゆる原発性中耳結核が大多数を占めるようになった。近年、山形県や和歌山県で中耳結核の集団発生が報告された^{1) - 3)}。耳処置に用いた汚染器具や点耳液を介した、経外耳道の感染が原因であった。

Ⅳ. 中耳結核の症状および診断中耳結核に特異的な症状はない。

診断には塗抹、培養、病理組織検査、PCR法、ツベルクリン反応が有用である。鼓膜所見、手術所見をもとに中耳結核を疑う所見についてCemachら⁴⁾は表1に示すような特徴をあげている。しかし最近の症例では、最も疑われる所見とされる、鼓室または乳様突起部の骨欠損、粗な骨面の触知、乳様突起内の乾酪様物質の存在等は認めることは少ない⁵⁾とされている。治療抵抗性、かつ再発傾向を有す耳漏が続く中耳炎をみたら、中耳結核を疑う。また中耳炎の治療経過中、説明不可能な感音難聴や顔面神経麻痺の出現が認められた場合は、中耳結核も念頭において、その後の治療方針を決めることが重要である。

表1 Cemachの診断基準

最も疑いのある所見

- ・鼓室または乳様突起部の骨欠損、粗な骨面の触知
- ・乳様突起内の乾酪様物質の存在

次に価値ある所見

- ・乳様突起の瘻孔
- ・骨部外耳道の輪状肥厚
- ・外耳道の瘻孔形成
- ・無痛性の排膿、瘻孔形成
- ・鼓膜穿孔の急激な増大
- ・急性中耳炎の像を呈するにもかかわらず、肉芽組織の増殖をみる

疑いはあるが、不確実な所見

- ・肺結核患者にみられる中耳炎
- ・乳幼児におけるツベルクリン反応陽転
- ・耳周囲の結核性リンパ節炎の随伴
- ・顔面神経麻痺が生じた慢性中耳炎
- ・多発性鼓膜穿孔
- ・易再発性の耳茸、または肉芽組織

表2 抗結核薬とその主な副作用

イソニコチン酸ヒドラジド (INH) (イソニアジド)	: 肝機能障害、末梢神経炎
リファンピシン (RFP)	: 肝機能障害、胃腸障害、 発熱、血小板減少
ピラジナミド (PZA)	: 肝機能障害、胃腸障害、 関節痛
エタンブトール (EB)	: 視力障害
パラアミノサリチル酸 (PAS)	: 胃腸障害、アレルギー反応
ストレプトマイシン (SM)	: 平衡障害、聴力障害
カナマイシン (KM)	: 聴力障害
カプレオマイシン (CPM)	: 聴力障害
エンピオマイシン (EVM)	: 聴力障害
エチオナミド (TH) (プロチオナミド)	: 肝機能障害、胃腸障害
サイクロセリン (CS)	: 精神障害、痙攣

V. 治療

中耳結核に対する治療は、他の部位の結核と同様、抗結核療法が基本となる。現在表2に示す11種類の抗結核薬が用いられている。これらの詳細な使用方法については成書にゆずるが、基本的には平成8年に厚生省が改定した「結核医療の基準」⁶⁾に示された「標準治療」に準じて行う。この「標準治療」に示された中、代表的な2つの方法について以下に示す。

- 1) 初め2ヶ月はINH、RFP、PZA、EB (またはSM)の4剤併用療法を行い、後4ヶ月はINH、RFPの2剤併用とする。
- 2) 初め6ヶ月はINH、RFP、EB (またはSM)の3剤併用療法を行い、後3~6ヶ月はINH、RFPの2剤併用とする。

結核菌塗抹陰性例については上記¹⁾ または²⁾でもよいが

- 3) 6~9ヶ月間、INH、RFPの2剤併用でもよい。

VI. 中耳結核に対する手術療法

手術療法はあくまでも抗結核療法の補助療法と考えるべきである。中耳結核に対する手術療法は病巣の除去と開放を目的に行われる。手術時期については、現時点では、報告者により様々であり、統一見解は得られていない。しかしながら顔面神経麻痺や瘻孔症状が出現した場合は、早期に手術を行い、同時に抗結核療法を行う方がよい⁷⁾。



参考文献

- 1) 遠藤里美、佐竹充章、青柳 優、他：中耳結核の発生とその対策について（山形市を中心とした集団発生から）。Otol Jpn 2 : 418、1992
- 2) 青柳 優：結核性中耳炎の治療。JOHNS 13 : 1221 - 1224、1997
- 3) 田端敏秀、椋代光夫、嶽 良博、他：中耳結核（和歌山）について。耳展 23 : 323-332、1980
- 4) Cemach AJ : Die Tuberkulose des Ohres. Handb Ohren-Usw Heilk Denken-Kahler Hb 7 : 590、1926
- 5) 平出文久、松原 宏、山口宏也：最近の中耳結核の特徴と診断について。耳喉 50 : 709-715、1978
- 6) 新村和哉：結核医療の基準の改定の経緯と概要。結核医療の基準とその解説、厚生省保険医療局エイズ結核感染症課（監）pp1-pp6、結核予防会、東京、1996
- 7) 宮下 弘、石田直人、松浦由美子、他：結核性中耳炎の8例について。耳鼻臨床 85 : 365-372、1992

外リンパ瘻を 理解する

岡田 智幸

突然、高度の感音難聴が発現し、その原因や誘因のはっきりしない疾患を突発性難聴という(厚生省特定疾患)。また、随伴症状としてめまいや平衡障害を伴うことが多い。ところが、従来、突発性難聴と扱われていた疾患の中に、原因あるいは誘因と思われるものが明らかな場合がある。これが、外リンパ瘻(内耳窓破裂)である。

1. 原因あるいは誘因とは、何か？

明らか過ぎる頭部外傷のほか、運動時、潜水(スキューバ・ダイビングを含む)、航空機旅行時がある。日常動作時にも起こり、鼻をかんだ時、咳をした時そしてそれらを堪えるなどがある。

2. 何故あるいはどのように起こるのか？

二つの発症ルートが考えられている。

1) Explosive route (外方爆発経路)

頭蓋内圧が上昇時、上昇した髄液圧は蝸牛小管あるいは内耳道底の神経周囲の小孔を経て、外リンパ腔に伝わり、正円窓または卵円窓を内方より外方へと中耳腔へ押しやり、破裂させるルート。例えば、いきむ動作、重量上げ、力仕事など。

2) Implosive route (内方爆発経路)

鼻咽腔圧を急上昇させた時、耳管を経て圧が中耳腔へと伝わり、正円窓または卵円窓を外方より内方へと押しやり、穿孔させるルート。例えば、鼻をかむ、バルサルバ法、航空機搭乗の際(着陸態勢に入った時)、スキューバ・ダイビング時の耳抜き(バルサルバ法)など。

実際には、気圧の変化が伴ったり、感冒やアレルギー症状があると航空機搭乗の際のもの、スキューバ・ダイビング時のものは二つが複雑に絡むと想定される。

3. どんな症状が特徴的か？

- 1) 前述のごとく、原因あるいは誘因の後、突発性難聴様症状が発現する。
- 2) 外耳、中耳の加圧・減圧などでめまいを訴える。
- 3) 高度難聴が数日かけて生じた。
- 4) “水が流れるような耳鳴”、あるいは“水が流れる感じ”がする。
- 5) パチッ、ポン音(pop音)の後、耳閉感、難聴・耳鳴、めまい・平衡障害が生じた。

以上の一つでもある場合、外リンパ瘻を疑う。

4. どんな治療をするのか？

まず、ベッド上安静(antibiotic course、head-up 30度：脳灌流圧を下げずに、髄液圧のみを低下させる、このことは経験的にいわれてきたが、最近、二度実証されている)。鼻をかまない、咳をしない、嘔吐等をしないよう注意を促しつつ、経過観察する。

上記の保存的治療で、めまい、難聴が改善しない場合、原因や誘因が明らかでなくとも試験的鼓室開放術を行い、外リンパ瘻の確認、閉鎖を行う(閉鎖には筋膜よりも軟骨膜がいいといわれる)。試験的鼓室開放術の目的は、感音難聴の回復、めまいのコントロール、髄膜炎の予防が挙げられる(唯一、外科的治療で治せる感音難聴)。我々も出来る限り早期に決断し、処置している(一週間以内)。

5. まとめ

原因不明といわれていた突発性難聴様の中に原因あるいは誘因といった動機がある外リンパ瘻という疾患が存在する。この疾患は、生活態様の変化(だれもが無理してスポーツする)や航空機の利用者の増加(だれもが無理して旅行する)に伴い、日常、容易に起こり得るものである。啓蒙する意味で、本疾患を提示した。

<参考文献>

1. 岡田 諱：航空機乗員の耳鼻科領域における障害について。耳展11：73-76, 1968。
2. 岡田智幸：IV. スポーツ選手疾患別薬物処方、13. 耳鼻咽喉科領域の疾患、pp. 256-283, 臨床スポーツ医学 臨時増刊号Vol. 11, 文光堂, 1994。
3. 加藤 功、岡田智幸：B. 手遅れにならないための重症度判定-問題となるめまい-。臨床医 25：584-588, 1999。

扁桃の研究 扁桃について

石倉耳鼻咽喉科

石倉 幹雄

原稿を岡田先生から依頼されましたが、私自身まともがなく記憶も薄れていますので読みにくいところはお許しください。扁桃の問題は古くて新しくその範囲もひろく深いものであります。そこで私どもは焦点を絞り扁桃摘出術の前後で補体の変動がどう動くかということに集中してきました。まずその為に適応症をきめておく。外来の皆様のご協力で誘発テストを実施しました。1985年から1989年までの症例134例が対象でそれを10年間follow upしてコンピューターで調べ術後出血を含むaccidentに注意して扁

桃摘出術前後の血清補体価を調べますと図1のようになります。適応症をきめていく為にヨーロッパのプロジェクトを参考に致します。

方法；摘出扁桃の病理組織検査を行い慢性扁桃炎、急性扁桃炎の組織所見でも検討しました。(図2-4) 血清補体価とC3 C5を同時に検討してみました。扁桃を構成する細胞をよく調べる為スタンプ標本を作りパバニコロー染色をして油浸レンズで拡大して鏡検すると図2のように大型の食細胞があります。胞体の中に取り込んでいる細胞や細菌が認められます。切片のマロリー染色を行い結節性動脈周囲炎の像が認められます(図3)。珍しい症例としては異所性甲状腺が認められます(図4)。

考察；扁桃の問題は古くからあり扁桃摘出が最初に行われたのは紀元前3000年とも言われています。20世紀になってピークに達し1950-1960年が最高とされています。その後減少しアメリカでも手術数は減少しておりヨーロッパでもその傾向があるやに見受けられます。1985年には

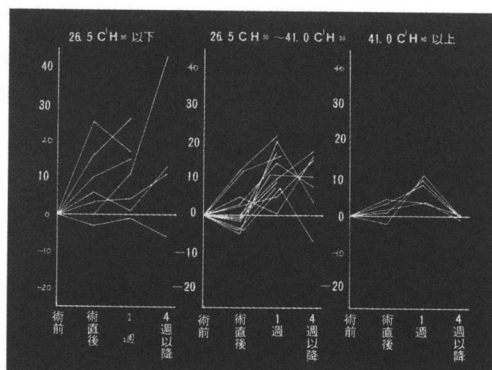


図1：扁桃摘術前と術後1週目及び4週目の血清補体価の変動をCH50の26.5以下、26.5~41.0、41以上のグループ別に分けて観察した。

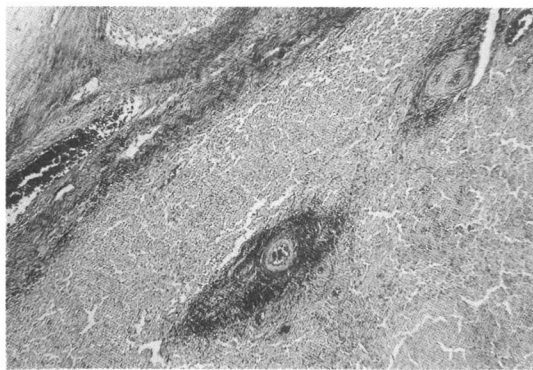


図3：マロリー染色10×10血管周囲の結合組織増生。

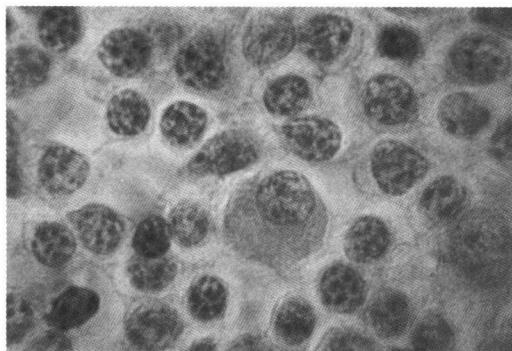


図2：スタンプ標本のパバニコロー染色油浸レンズで拡大して鏡検。大型の食細胞。



図4：HE染色、10×10 異所性甲状腺組織。

イギリスでは80970例アデトンが行われたとあります。ANAESプロジェクトの行った質問状では 1、医学文献におけるアデトンの適応はなにか 2、臨床的アデトンの適応は 3、非外科的治療法は何があるか 4、アデトンの禁忌は 5、アデトンの合併症はなにか。

臨床的に小児のアデトンの適応の項目を見ますと上気道の閉塞(OSAS) 滲出性中耳炎 néphropathies、皮膚疾患、急性中耳炎の反復防止、特に中耳の感染症で全身症状を伴い、耳鏡で鼓膜が陥凹して膿の流出が6ヶ月以内に3回あって間隔が3週間ともたないばあいとされている。そののみか受動的喫煙が改められない環境に置かれている場合ということもある。今後の問題としてはアレルギー性鼻炎が多くなってくると扁桃との関係も耳鼻科医師の取り組む課題となると思われます。アレルギー性鼻炎発病後5年以上の経過群の重症群では発病後5年未満の軽症群と

比較して補体価を比較してみると発病後5年以上の重症群では明らかに血清総補体価は高くなっています。

このこととアレルギー性鼻炎の扁桃効果を客観的に論議できないかと考えております。今後の課題としております。

註；ANAES L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ

参考文献

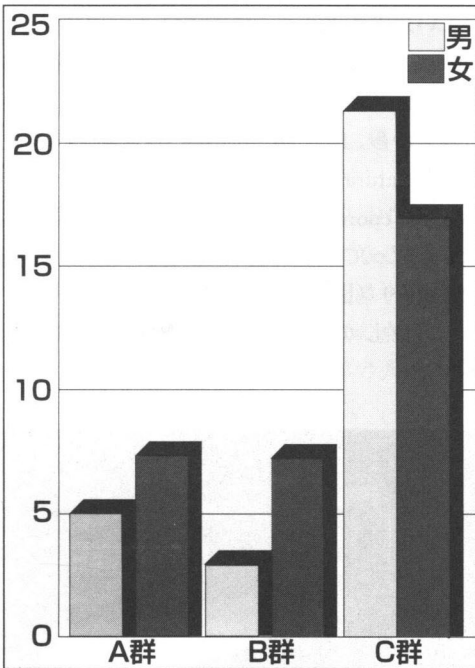
Indications de l'adenoidectomie et/ou de l'amygdalectomie chez l'enfant
B. Senez, J. Laugier
Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 115, suppl 1, 1998, 22-45.

La thyroïde ectopique linguale.
A propos de trois cas
N. Maurice, M. Makeieff, J. Delol, P. Bec
L. Crampette, B. Guerrier
Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 112 1995 399-405

男女別グラフ

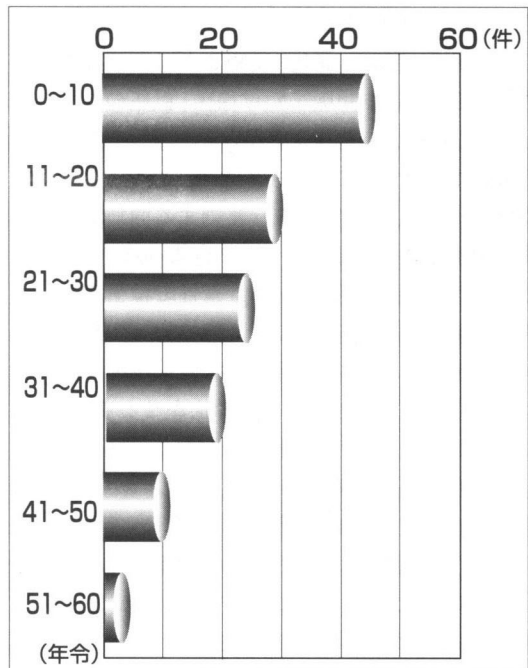
扁桃摘出手術を施行した134例の中から扁桃二次疾患により手術を行った症例A群と経過を10年間観察したグループB群の男女の別をグラフにした。

1999.3.5
A群：二次疾患
B群：経過観察例
C群：組織の検討例



A群、B群ともに女性の方が多い。C群は標本に所見があつて記載のあるもので男性の方が多い。A群とB群とは重複していることもある。

年齢別構成



各研究班の ブリーフコメント

「ついにここまで来た……」

めまい研究班
岡田智幸

めまいを耳鼻科が担当することの所以は、前庭一眼反射を代表として、前庭-脊髄反射（頸筋反射を含む）そして前庭-自律神経反射などが存在するためである。

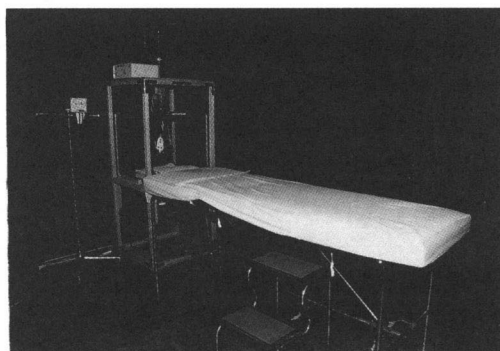
めまい患者さんは上記の反射にしたがって、症状を訴える。

例えば、前庭一眼反射では目が回る、前庭-脊髄反射では、身体保持ができず、よろけて倒れそうになる、首や肩が凝るなど。前庭-自律神経反射では、「こんなはずではなかった」という症状全てすなわち、悪心・嘔吐、便秘または下痢などの消化器症状の他、頰脈または徐脈、血圧の不均衡（立ちくらみ、フワフワ感など）に伴って起こる体温の不均衡（ほてり・ノボセ・冷感など）などの循環器症状、固定しない・移動する頭痛などの神経類似症状などがあり、この自律神経（ことばを換えれば、更年期）症状は、女性では生理前後や閉経前後の不安定な状態（精神的・肉体的に、また他人に対しても迷惑な状態）が加わると、更に症状は多彩となり、医者泣かせとなる。思わずカルテにP（サイコ=プシコ）と記載したくなる患者さんの大半は、この手のものかもしれない。「めまい患者は地球上にいる気分ではないのだろう」昭和61年赴任当時の加藤 功教授のことばである。

地球外生活・環境（現行では宇宙ステーションまで）の研究に於いて、耳鼻科医が大役を演じている（日本では未だに××内科あるいは内科医がやっている）と錯覚している医者が多い。

NASAのニューロラブ計画に参加している日本の臨床医は唯一、我マリアンナ耳鼻科の肥塚 泉助教授に他ならない。我めまい研究班では加藤教授ご指導のもと、その肥塚先生の宇宙環境下には必須研究である前庭-眼反射の可塑性（Plasticity=様々な条件下でその特性が変化すること）とそれに伴う perception（感じ方=どういう風を感じるか）を始めとして、Perceptionの定量化の試み、Perception habituation（大脳皮質の感じ方の慣れ）（岡田）、特に saccade（急速眼球運動）に対しての適応（adaptation=慣れ）実験（渡辺昭司、服部康介）の他、勝見直樹と服部康介のパーキンソン近縁病の remembered saccade（記憶誘導性急速眼球運動）の症例検討、臨床的には加藤教授のメニエール病に対するGM注入療法の検討、加藤教授と朝倉美弥のめまい患者の血小板凝集能と血清脂質の検討、佐藤成樹のめまい患者の頸椎形態の検討を行ってきた。

Cutting edgeな、というかホットな研究としては、加藤教授の「刺激条件の原点に戻る」というお考えから、free fall（自由落下）を利用して、すなわち natural 刺激である重力（1g）を使って、head-eye coordination（協調性）の初期像の研究を目下行っている（岡田、佐久間 惇、荻野貞雄、服部康介）（図1：頭部自由落下装置）。（カップラーメンしか食べられない服部先生には訳があった）



最後に、我々の研究が appreciation され加藤教授、肥塚助教授、私岡田に次いで、日本平衡神経科学会（来年度より日本めまい平衡医学会に名称変更：加藤 功教授が運営委員長＝他の学会の理事長に相当）の評議員に渡辺昭司先生が選ばれたこと、新潟大解剖の車田正男教授のご指導を受けた新谷敏晴先生が帰ってきたこと。我々めまい研究班には明るいニュースが目白押しである。加藤教授が会長を務める本年の第58回日本平衡神経科学会総会に向かって邁進し、さらなる発展を遂げることに請け合いである。

聴覚グループの現況

聴覚研究班

越智 健太郎

1967年に、前筑波大学教授の吉江先生と大橋先生が世界で初めて人間で蝸電図を記録してから30年以上がたちました。この30年間の聴覚電気生理学の分野における最も大きな進歩としては、cochlear implantがあげられます。蝸牛には、物理的なエネルギーを電気エネルギーに変換する働きがありますが、この電位を記録するのが蝸電図で、電気エネルギーを発生することに問題のある蝸牛に対し人工的に電気刺激するのが人工内耳ということが出来ます。この点において吉江先生と大橋先生の発見は近年の人工内耳の礎と出来ると思います。

聖マリアンナ医科大学においては、加藤教授のお力で1996年より人工内耳の手術が行われるようになり、良好な治療効果をあげております。現在、人工内耳の進歩は電子機器の改良に依存している点が大いだと思いますが、まだまだ医者が貢献できる点もあるのではないかと思いますので、もしcandidateがいらっしゃいましたら、御紹介よろしくお願ひいたします。

聴覚グループの現在の基礎実験は、大橋先生、

菊地先生、菅野先生の腎臓と耳の関係に関する研究；越智、木下先生の各種薬剤投与、実験的内リンパ水腫、年齢のCAP adaptationおよび蝸牛血流量におよぼす検討が進行しております。腎障害の検討では、数々の障害を乗り越えて、菊地先生の学位論文が書き上がりつつあり、またさらに発展していくことが可能で、継続していく予定です。年齢のCAP adaptationに関する検討ではごく初期の聴覚系シナプスの発達を確認することができました。また、サリチル酸、キニンといった一過性に聴力障害、耳鳴を起こすことで知られている薬を投与することでCAP adaptationの過程に興味深い変化を認めました。また、これらの薬による聴力障害、耳鳴を防ぐと報告されているニモジピンを同時に投与しましたが、我々の投与方法では効果はないようです。現在、実験の終了時に蝸牛神経からのdirect記録を試みており、蝸牛神経、聴皮質からの同時記録および遠心系の切断実験の準備中です。

臨床的な研究は勤務場所の問題もあり、ほとんどがそれぞれの病院（西部病院、東横病院）で行われております。現在は大橋先生、釧持先生の内転刺激による電位に関する検討；大橋先生、西野先生の間におけるmaskingおよびadaptationの検討；越智の高周波数領域の聴力検査、高頻度ABR、血清亜鉛値、鼓膜温、低音障害および突発性難聴に対する治療、vestibular evoked myogenic potential (VEMP)などがあります。現在私が特に興味を持っているのは、最後にあげたVEMPです。今年の耳科学会で、基礎データを西野先生が、臨床応用を渡辺先生、杉山先生がそれぞれ発表する予定ですが、この電位はfootplateの可動性、saccular-inferior vestibular nerve pathwayの機能を反映すると考えております。蝸電図を行い、hair cell lossという診断をつけることがありますが、実際にVEMPがnormal responseで、純音聴力検査でscale outというような症例をみると、非常に奇妙な感じがします。耳硬化症あるいは中耳炎の手術で、前庭窓があてしまったことがあります。きれいな外リンパ腔に振動が伝わりそこにあるsacculusは刺激できてもhair cellを刺激できない状態があるということを実感できました。さらに、ここで電気刺激によるABRを

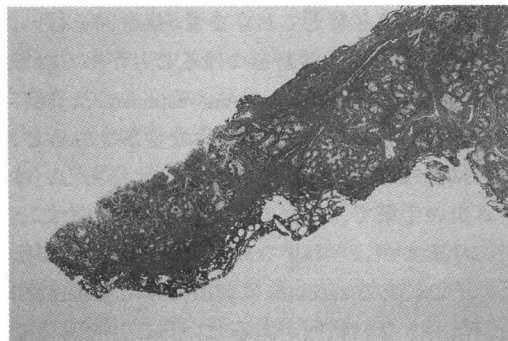
記録することで、より障害部位を限定できるのかもしれませんが。将来的には、こういった症例には内耳に薬を投与するのではないかと思います。

鼻アレルギー班の ブリーフ・コメント

鼻アレルギー研究班
宮部 聡

副鼻腔・アレルギー外来は水曜日の午後に診療しております。ハウスダスト、スギなどの減感作療法を中心に行っておりますが、最近内視鏡手術（ESS）後症例数も増加しつつあるところです。ESS後は、術後ファイバースコープにて定期的に観察し、処置することが重要であると考えます。特に喘息合併の重症副鼻腔炎の場合は再発に注意せねばいけない症例を目にする事が多いように思います。今後、術後性頬部嚢腫、副鼻腔乳頭腫、真菌症などESSで確実に施行できる様、技術を向上させていきたいと考えております。

鼻アレルギーに対し、2年前からCO₂レーザー下甲介焼灼術を外來手術にて施行しております。適応は内服・点鼻に難治性で、減感作療法の継続通院困難な症例や手術を希望される症例に対し施行しております。焼灼時の深達度に関して、粘膜上皮を充分蒸散し、固有層の上層まで蒸散すれば、上皮-粘膜固有層間の相互作用にも対応でき、術後出血もそれほど起こらないと考えます。



炭酸ガスレーザー照射後の下甲介粘膜。粘膜上皮は焼灼され、上皮下固有層表層に変性を認める。(H&E、×40)

詳細は学会にて発表する予定ですが、6割から7割の症例でアンケートにて満足感ありとの回答を得ております。鼻アレルギーに対する根治的な治療がない現状ではレーザー手術に対する期待はより広がっていくと思われま。現在は1回の焼灼にて経過をみておりますが、再発例に対し、再手術や焼灼回数に関して検討していきたいと思っております。

4月から田中先生と2人で外來診察を行っております。

今後とも引き続き手術症例、減感作症例ご紹介よろしくお願い致します。

頭頸部癌の遺伝子診断と 遺伝子治療

腫瘍研究班

堤 康一郎

I. “がんの個性”の遺伝子診断

ここ数年医局内外の様々な先生方々と共同で癌の分子生物学的研究を続けてきました。特に、当科大学院の先生方の努力（アッセイ系を築いた等）は特筆に価すると考えています。このようなこれまでの研究成果を臨床に還元する必要があると思ひ、1998年5月より頭頸部癌患者さんの分子・遺伝子診断を開始し、各々の患者さんの“がんの個性”を診断しファイルしていくことを開始しました。それにはある程度の時間と労力を要しますが、これまでに各先生方が研究活動を行いアッセイ系が開発・整備されている分子・遺伝子のみに関して、できるだけ短時間に（生検及び手術材料が中心ですが材料を得てからおおよそ1ヶ月以内に）結果を出すことを心がけ、徐々にデータは蓄積されてきています（現在までに悪性腫瘍9例、良性腫瘍4例の計13例に施行）。現在検討（準備項目を含め）している分子・遺伝子を列記すると、癌抑制遺伝子群（p53、Rb、p16）、ヒトパピローマウイルス遺伝子、Epstein-Barr Virus-encoded small RNA、TGF- β （増殖因子）

表1. 頭頸部癌患者を対象とした遺伝子治療臨床プロトコール

導入遺伝子	標的細胞	遺伝子導入法	施設
p53	自己腫瘍細胞	アデノウイルスベクター	MDアンダーソンがんセンター
TSV-tk	自己腫瘍細胞	アデノウイルスベクター	ジョンズ・ホプキンス大学
IL-4, IL-12	線維芽細胞 自己腫瘍細胞	レトロウイルスベクター	ピッツバーグ大学

mRNA、テロメラーゼ（不死化因子）、Fas・Fas-ligand（アポトーシス誘導因子）、サイクリン遺伝子（癌遺伝子）、などになります。これらの遺伝子異常をバイオマーカーとして“がんの個性”の診断を試みるわけですが、現状での代表的な問題点として、(1) “遺伝子診断が標準的なものになって何の役に立つのか？”という疑問への回答が得られていない。例えば得たデータを治療法の選択等に利用していく事を考えなくてはいけない（検討している遺伝子はこれまでにその異常が予後・ステージあるいは原発巣の性格を反映することが確認されたものです）、(2) 日常的なものになると倫理の問題が出てくる。例えば、ハイリスクグループを同定する場合などに本邦では倫理の問題に関する情報をほとんど持っていない、(3) お金がかかる、などがあげられます。これら様々な問題点もありますが、癌遺伝子診断は厚生省の保険点数適用も近いと言われており、近い将来では結局日常の検査項目となるでしょう。例えば広島市医師会検査センターでは、広島大学医学部長田原栄一先生を中心に年間2500例以上の癌遺伝子診断を施行し、遺伝子診断報告書をまとめ、依頼のあった病院あるいは開業の先生方に提出されており、その満足度はアンケートによれば80%以上の医師から“役立っている”という回答を得ているとのことです。

Ⅱ. 遺伝子治療—21世紀における癌の根本治療になり得るか？—

世界での癌遺伝子治療のエントリー患者は急増しており（1999年に入った時点で1100症例以上）、副作用や効果に関する解析が急ピッチで進んでいます。本邦でも東大医科研の腎癌に対するGM-CSF遺伝子の導入、岡山大第一外科の肺癌に対するp53遺伝子の導入などが施行されてきています。癌遺伝子治療戦略は大きく3つに分

けることができます。現在、頭頸部癌症例が含まれている癌遺伝子治療プロトコールは3つ（表1参照：しかし常に様々な施設で申請・認可・開始されています）で、その一つ一つがこの3戦略を各々用いていますが、将来的には全ての戦略を利用しかつ現存する手術・放射線・化学療法との併用治療となっていくと考えられます。

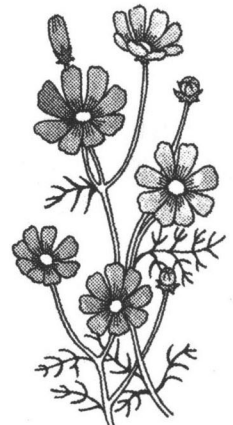
第一の戦略は、“癌抑制遺伝子を癌細胞に直接導入する”、というものでp53が代表的です。当教室では、鈴木毅先生（現稲城市立病院）によるp53遺伝子変異検出系の整備をきっかけに頭頸部癌症例におけるp53遺伝子異常の解析を続けています。また、正常p53遺伝子を増殖能の高い癌細胞株に導入する実験を開始し、細胞株によっては劇的な殺腫瘍効果を観察し発表しました（頭頸部発癌実験モデル-p53癌抑制遺伝子の役割-日耳鼻総会推薦講演；<耳鼻咽喉科・頭頸部外科学の最先端>1996）。p53遺伝子治療は「治療者の基本的知識の整備」、「組織としてのバックアップ（倫理上の事等）」、及び「企業との良好な提携（ベクターの供給が主）」などの問題点をクリアすれば比較的簡単に実施可能と思われませんが、MDアンダーソンの研究者とDiscussionをする機会を得た際にも、“動物実験モデルがない（サルがベストですが現実的に難しい）”という基本問題以外に、やはり“遺伝子を癌細胞に導入する方法（全ての癌細胞に導入できず、かならずサバイヴしてきた細胞が再増殖する）”が現在の大問題であると語っていました。同感です。

第二の戦略は、“癌細胞や周囲浸潤細胞に様々な免疫関連遺伝子を導入し、免疫環境を操作し癌細胞排除を狙う”、というものです。ピッツバーグでインターロイキン-12遺伝子を導入した繊維芽細胞による治療で頭頸部癌症例の頸部リンパ節転移が消失するのを実際にみました。人為的に“癌を自己から他者へ”認識させることができれば、それに勝る治療は考えにくく正に夢

の治療でしょう。癌抗原の同定が進み癌ワクチンができれば最高です。この第二の戦略の研究は大変やり甲斐があります。

第三の戦略は、“癌細胞を自殺させる”、というものです。癌細胞にチミジンキナーゼ (tk) 遺伝子を導入する方法が頭頸部癌症例に試みられています (表1)。癌細胞にtk遺伝子を発現させ、ガンシクロビル (GCV) を加えると、GCVがリン酸化されます。このリン酸化GCVは癌細胞を殺す毒性を発揮します。GCV自体の毒性はそれほど強くありませんが、tk遺伝子があらかじめ導入されているために強い毒性を発揮するようになって癌細胞は自殺するわけです。また、Fas (細胞膜上にあるアポトーシスレセプター) と Fas-ligand (Fas と結合し核にアポトーシスシグナルを伝える) の Interaction (現在難治研に学内留学中の桑原大輔先生が基礎研究を続けています) を利用することにより癌細胞を自殺させる治療なども将来有望と思われます。今後これらの自殺遺伝子の研究はますます盛んになっていくことでしょう。

“頭頸部癌が楽に (機能障害や副作用がなく) 直る” のはステージが低い以外は今のところ夢です。現時点で上記のような遺伝子治療に過度の期待をかけるのは無謀で、患者さんを含み一般社会的にもまだまだ基礎研究を積み重ねる事が肝要とコマーシャルすべきです。しかし、癌遺伝子治療は21世紀の代表的な“つらくない進行頭頸部癌の根本治療”あるいは“楽に頭頸部癌と共存するための治療”となる可能性を十分に秘めた治療であることもまた間違いないと思っています。



大学院生の研究進行状況

私の学位研究テーマについて

菊地 仁

まず、この場を借りて現在（平成11年5月時点）臨床が非常に忙しい最中、bed freeのご配慮を戴きました加藤主任教授、大橋教授、芋川医局長をはじめ各先生方に心から感謝いたします。

さて、私が今回研究させていただいているテーマは、病態の異なる慢性腎障害において、聴覚機能に影響を及ぼすかどうか、もし影響があるならば、電気生理学的にはどのような異常が見られるか、であります。

今まで、聴覚班の諸先輩方も腎不全をテーマに研究され、今回の研究にあたり、私も大変勉強になりました。本研究では、5/6腎切除法、puromycin aminonucleoside(PAN)投与法、アデニン食餌法の3つの方法で、慢性腎障害モデル動物を作製しました。ちなみにPANとは抗生剤の一種で、反復投与により、巣状糸球体硬化症に類似した高脂血症腎が見られるものです。処で、これまでの研究と違う点の一つとして、被検動物にラットを使用したこともあります。急性の実験と違い、慢性腎障害動物モデルを作製する場合、当然動物へのストレスも増大することが予想されます。実際、釵持先生がされた5/6腎切除モルモットも、作製過程でそのストレスから途中で脱落してしまう動物も少なからずいたと聞いております。モルモットに比べてラットは比較的ストレスに強く、今回用いたWister株は文献的に数あるラットの種類の中でもストレスに強い種類です。ただ、良いことばかりではなく、他の種類より麻酔の有効閾が狭くて、最初はこのことで大夫苦勞させられました。

さて、研究についての結果、結論なんですが、実はデータがまだ全て揃っていないのです（5月

上旬現在）。昨年12月より菅野（かんの）先生をお招きして実験全般にわたり、ご指導いただいております、それ以降順調に実験が進んでいますが、もう少しといったところです。菅野先生は、以前先生が福島医大に在籍しておられた頃に、実験を見学しに福島医大を訪ねたときにお世話になった方です。先生がアメリカ留学中にラット（ラット以外にもモルモット、チンチラなど）の蝸電図やendocochlear DC potential(EP)の技術を習得され、現在私がおその技術を教えていただいている状況です。まだまだ先生から学ぶ点は多いのですが、どうにか一通りの手順は吸収できたかな？といったところです。今後はこの技術？を後世に伝承していきたいと思っています（先生もそう願っていました）。先生には毎回快く、夜遅くまでボランティアで実験を見ていただき、私にとって本当に頭が上まらない方の一人です。頭が上らないと言えば、西部病院の特殊検査室の高山さんと与那嶺さんにも、慢性腎不全動物の実際の作製、管理で非常にお世話になっております。また動物の血清学的検査をいつもお願いしている本院臨床検査部主任の鎌田さんをはじめとした検査部の方々、この場を借りまして、いつもありがとうございます。

結果で分かっているものについて書きますと、5/6腎切除群とアデニン食餌群では蝸電図(CAP,CM)に異常をきたすものが約半数認められ、PAN投与群では蝸電図に異常をきたすものはほぼありませんでした。また、EPについては3群ともコントロール群と比べて、有意差は認められませんでした。

電気生理学的にはこのような結果が現時点で

は得られています。今回の論文には間に合わないと思いますが、すでに電子顕微鏡用に標本も作製（準備）しており、形態学的な評価も検討するよう準備しております。こちらは、機会があり

ましたら、ご報告したいと考えております。

最後に、私のようなものに、このような機会を与えていただきました岡田先生に感謝いたします。

大学院で学んだこと

関 良武

はやいもので医者となってから5年が経ってしまいました。現在私は、大学院4年生ですが今回研究のことや大学院生活について述べたいと思います。研修医が終了し3、4年目の2年間で大学の病理学教室で研究と病理学について勉強させて頂きました。基礎医学の教室は、臨床にいる時と違い決められた期間内に報告書の提出すればいいため自分の時間は作りやすく、医局の雰囲気も慌ただしさがないように思えました。病理での主な仕事は、病理解剖、外科材料の病理診断ですがプレパラートを見るのは、大学4年の実習の時以来のため最初の6カ月は大変苦労しました。私は、耳鼻科からの外科材料が少ないため主に婦人科の病理診断を行っていましたが、おかげで関連病院でも婦人科の先生とは、すぐ仲良くなれるようになれました。病理解剖に関しては、2年間に約二十体程度の解剖を行いました。最初の数カ月は、ほとんど病理のルーチンワークばかりで研究もなかなか始められず臨床を休んでいる自分に不安の毎日でしたが、どうせ臨床に戻れば一生耳鼻科医をやっていくのだからと思うようになりました。

私の研究テーマは、癌抑制遺伝子関連蛋白を免疫染色という方法を使い扁平上皮癌についての検討を行いました。実験を行っていき最初感じたことは、日常あらゆる面において、考えることや想像することが不足していたことです。実際に自分の実験結果を検討しても知識不足のせいもありますが、なかなか考察できないことに気がきました。また教科書的な知識やこ

れまでの報告などととらわれすぎでいい考察や新たな発見ができないということでした。実際に実験をして一番感じることは、研究者が新しい物を生み出すには、教科書的な知識は間違えていると思う位の頭をもって実験や考察を進めなければならないと感じました。医学、科学の進歩は、めざましく分子生物学的研究も盛んになり癌に限らずあらゆる疾患で遺伝子レベルの異常も発見される時代となりました。昔と違い疾患概念の変化や遺伝子治療なども行われる様になり21世紀に向けてますます科学的な考え方が必要と思われます。これらのことを考えると大学院に進学するしないに限らず実験を行って考えるトレーニングも重要ではないかと思われました。

これからの医局にとっては、私たちが研究または臨床のどちらかの道を進むにしてもお互いに助け合い個性的で調和のとれた組織となる様に努力していくべきだと思います。

短いですが、以上のことは、これから大学院に進学しようか迷っている人に少しでも参考になればと考えています。



大脳皮質からの視覚情報が OKN皮質下経路に影響を及ぼす可能性

新谷 敏晴

この医局では、物事の発端はだいたい似たようなセリフから始まるようです。僕の場合もご多分に漏れず、「半年ぐらい新潟でテクニクを覚えてきたらどうですか～」と、三年目の秋、ネコOKN皮質下経路の分枝の有無について実験している真っ最中に、こう言われたことから始まりました。以前から新しい環境へ飛び込みたかった欲望と、正直なところ昼間臨床、夜実験の生活に少し疲れていたことが手伝って、二つ返事で了承させていただいたことを覚えています。しかも、「そんな半年なんて言わず1年ぐらい…」平成9年4月、イスラエルでの学会から帰った次の日に、時差ボケも治らぬまま殆ど身一つで（しかも車で）乗り込んだ新潟は天気も良く、桜も七分咲き、新天地の初日に相応しい研究生生活のスタートでした。

教室の皆様にも本当に暖かく迎えていただき、基礎の“き”の字も知らぬ若輩者にも嫌な顔ひとつせず御指導くださいました。

その研究生生活は臨床とは時間の流れが全く異なっていました。朝は各々出勤（登校？）、それぞれの仕事を始め、12時過ぎにみんなで昼食、3時のおやつを挟んで7、8時まで続きます。私以外はそれぞれ皆さんが家庭をお持ちでいらっしやっただので、夜遅くまでだらだら過ごすことはありません。最初は戸惑いの毎日でしたが、仕事の要領が掴めてくると一日24時間を有意義に活用できるようになりました。また、やはり専門の「解剖屋（当医局主宰であられる車田教授がよく使われる）」というだけあり、試料、設備どれをとっても機能的で、手術室など両手を伸ばしても余りある広さです。研究するのにいかに環境整備が大切か痛感させられ、大学に戻った際に還元出来ればと思っています。

研究課題は、元來加藤教授が進めてこられたOKN皮質下経路の第一中継核であるNOT(the nucleus of the optic tract)を含めた視覚情報伝達系

の形態学的研究を行ってきました。

Optokinetic responseをコントロールする神経伝達経路は専ら皮質下を經由し眼球運動系関連諸核に直接投射するとされており、NOTの破壊実験での反応の消失、刺激実験で解発することより明らかであります。さらにこのNOTには大脳皮質視覚域からの投射も受けている事が判っていましたが、これらの詳しい分布、機能については明らかにされていません。そもそもこのNOTという神経核はOKNの第一中継核、特に水平性眼球運動の中枢としか言われておらず、このcortical inputがOKNに何らかの影響を与えていると考えることが自然です。そこで眼球からの入力と皮質からの入力を同時にNOTで見るために2種類のトレーサーを使って光顕、電顕による観察を行ってきました。

この様に文章にするのは簡単なのですが、やはりテクニカル面は大変難しく、きちんとしたデータが得られるのに時間がかかります。特に電顕は1年ちょっと首を突っ込んだ者に出来るほど甘いものではなく、殆ど指導教官、技官さんに助けていただきました。

諸先輩には「臨床を志す者こそ、一度は基礎研究を味わうべき」との言葉を度々いただきましたが、私も例外なく実感してきました。基礎的な物事、筋道の考え方は間違いなく臨床に生きてきます。また忙しかった自分を見つめ直す良い時間でもありました。（医局の皆様ありがとうございました。）

最後に改めて、この様な研究の機会をいただきました加藤教授、人員不足の中快く送り出してくださった岩武、佐久間前医局長を始め医局員皆様に深謝し、終わりとさせて頂きたいと思えます。

私の大学院生活

菱澤えり子

大学院1年目は稲田登戸病院、横浜総合病院に半年ずつ勤務し、2年目は大学で数多くの中耳疾患の手術患者を経験しました。2年目の夏より大学で臨床をやりながら週2日を実験日として使わせて頂き、現在新潟大学教授である高橋姿先生の指導の下、中耳真珠腫を材料に当大学病理学教室で実験を行ないました。真珠腫は中耳疾患の中では多くの基礎研究が行なわれている分野ですが、未だに解明されていません。現在では真珠腫の細胞外マトリックス(extracellular matrix: ECM)構成成分に有意な変化、つまり基底膜の断裂や変異インテグリンの発現が証明されていて、真珠腫の増殖に関与していると考えられています。ECMの破壊はいくつかの蛋白分解酵素によってなされていますが、今回われわれはその一つであるMMP(matrix metalloproteinase)と真珠腫の関係を検討することにしました。

MMPは細胞外マトリックスの分解の主役を演じる蛋白分解酵素の一つでオタマジャクシのしっぽを退化させる酵素として、J.Grossらが1962年に報告しています。MMPは一次構造と基質特異性の違いから分類されており、その中でMMP-9は基底膜の主要構成成分である、型コラーゲンを特異的に分解し、好中球、マクロファージ、癌細胞などによって産生されます。

当時、病理学教室大学院生としてすでに実験を始めていた同期の関先生に、免疫染色の方法、器具の扱い方などを教えてもらいました。私の場合、幸いにも関先生以外にも他科の同期生達が病理学教室の大学院生として実験していましたし、病理の先生や技術者の人達も嫌な顔一つせず細かいことまで教えてくれたので楽しく実験生活を送れました。

さて実験の話ですが、われわれが実験を始めた頃、ドイツのグループによるMMP-9と真珠腫の関係についての論文が掲載されました。その論文ではMMP-9の発現は真珠腫上皮に限られて

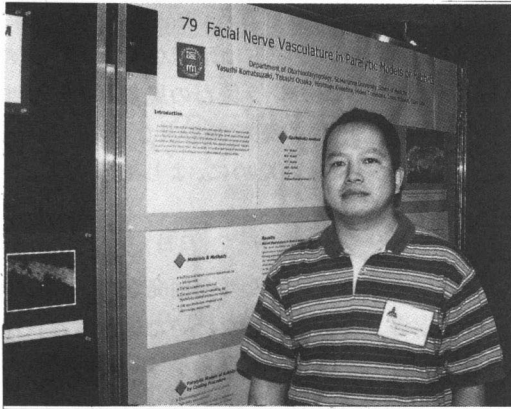
おり、間質には発現しなかったと報告していましたが、われわれが得た結果とは反対のものでした。そこで、われわれはこの反する結果を報告することにしました。

つまりパラフィン切片、凍結切片共にMMP-9は間質に発現し、検討したどの切片にも上皮細胞にはMMP-9の発現は見られなかったのです。MMP-9陽性細胞が浸潤している領域は連続切片で検討した結果、マクロファージや好中球と一致していました。一方で、MMP-9は外耳道皮膚と鼓膜には発現していませんでした。これらの結果から、間質に発現したMMP-9は真珠腫形成に関係する細胞-細胞外マトリックス間の破綻に巻き込まれるかも知れないと、われわれは推察したのです。

また3年目には9ヶ月間のBed Freeを頂き、実験手技をさらに広げる意味も含めて引き続き病理学教室でIn situ hybridizationを習得しました。対象は耳鼻科の手術検体で症例が多いもの、つまり慢性副鼻腔炎の粘膜、肥厚性鼻炎の下甲介、慢性扁桃炎の扁桃、頭頸部悪性腫瘍、シェーグレン症候群の口唇生検としました。そして、EBER(EBV-encoded small mRNA)を用いて各疾患の組織におけるEBVの存在を検討したところ、「やはり」というか上咽頭腫瘍にのみ発現を認めました。上咽頭腫瘍とEBVの関係は古くから言われていますが、その解明は一時断念されていました。しかし近年、分子生物学の進歩により再びEBVが注目されてきています。そこでわれわれは、上咽頭腫瘍におけるEBVの感染と細胞周期(癌抑制遺伝子)について検討し、現在そのDATAをまとめているところです。もし、良い結果があれば論文としてまとめたいと思っています。

最後に、大学院生活を送るに当たって医局の諸先生方には多大なご迷惑をお掛けし、またご協力頂いたことを感謝いたします。

ARO フロリダ奮闘記



第22回 ARO Mid Winter Meeting に参加して

小松崎 靖

日本からFloridaはとにかく遠い。Chicagoを經由してFloridaまではおよそ15時間の行程を要する。勿論こんなに長いこと飛行機に乗るのは初めてのことで、AROに対する不安は日本から遠ざかるにつれて徐々に高まっていった。本学会"Association for Research in Otolaryngology(<http://www.aro.org>)"は今年で22回目を迎える。主に耳鼻咽喉科領域の基礎研究の学会で、poster sessionが大半を占める。年々演題数は増え続けており、本年のエントリー数は900題に及ぶ。Ph.D. 中心の学会で、"The world wide conference for fundamental research"と呼ぶにふさわしい。この学会は、Floridaの西海岸のSt. Petersburgという小さな町で開催される。彼の地は会期中(2/13-2/18)でも海水浴が可能なほど温暖な気候で、白砂の海岸(St. Pete Beach)が数十キロにわたって続き、海岸沿いにresort hotelが立ち並ぶ。いにしえにはAl CaponeやF. Scott Fitzgeraldもこのbeachを散策したらしい。会場の"Tradewinds resort(<http://www.tradewindsresort.com>)"はこのbeachの中心に位置し、locationの素晴らしさは筆舌に尽くし難い。カモメなき、ペリカンは群れなす。夕刻、beachからメキシコ湾に吸い込まれていくオレンジの光の輪を眺めているとなにか神々しいものを感じてしまう。日本とは時間の流れが明らかに違うことを意識する。

本題に移る。今回の演題数は900、このうち約8割がposter sessionである。会場ではあちこちで活発なdiscussionが繰り広げられる。日本の学会

の示説といえは”壁新聞の品評会”の印象が拭えない。殺風景な伽藍とした会場、貼り逃げ茶飯事。ここは違う。会場の外の穏やかな風景とは裏腹に、すさまじい熱気を感じる。発表者は勿論のこと、聴衆の眼光も爛々としている。俺を誰か雇ってくれ、とにかく金が欲しい、自分のstudyになにか盗めるideaはないか、私がとにかくNo.1よ……etc.、言葉を超えて伝わってくるenergyが周囲を刺激する。さて私儀、演題番号79”Facial nerve vasculature in paralytic models of rabbits(顔面神経麻痺モデル家兎における顔面神経内血管の微小形態の観察)”の発表日。前日に食したClubby Bill'sのblue clubのにんにくの香りが指にまだ残っている。なんとなく朝からblueである。好物のカリカリベーコンもどを通らず。“ポスター貼り逃げ”の衝動に幾度も駆られる。この緊張感はあるときと同じ、そうそう”東医体当日の朝の雰囲気”だ。よーし、マリアンナ魂みせてやる。会場には徐々に人が集まりだした。おっ、このオヤジ、じっとみてる、あっちいけといたいところだが、勇気を振り絞って、第一声”May I help you?”じゃなかった、“Do you have any question for this study?”ちょっと、生意気だったかな、あとが続かないや。文法その他ほとんど無視して、一方的にbody languageで説明する。おっ、うなずいてるよ、ほんとにわかってんのかな。あちゃー、やっぱりそこをついてきたか。なるほど。とにかく彼らはさらっとposterを一瞥すると、大局的な問題点をいきなり指摘してくる。し

かし必ず suggestion を付加することを忘れない。先の展望については必ずといっていいほど尋ねてくる。間髪をいれず、肥塚先生は次々と知り合いの大御所を連れてくる。胸を借りるというのはこういうことなんだなあ。あっという間に duty の2時間が過ぎ去ろうとしていた。会場はまだまだあちこちで口角泡を飛ばす大激論の真っ最中である。やっぱり英語力不足。駅前留学しときゃよかった。でもちょっと善戦したかなの自己評価。

会場の熱気を静めるかのように、主催者の粋なはからいで、ポスター会場では冷たい生ビールがふるまわれた。こりゃうまい。世界級のビールである。

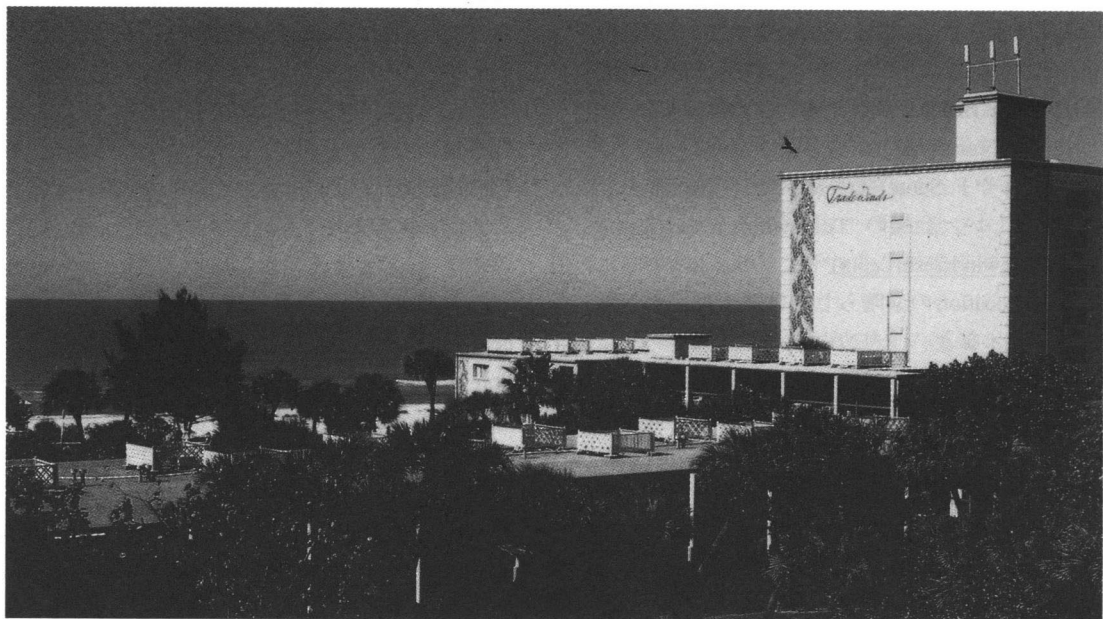
翌日は肥塚先生の presentation の日。歴戦の兵、ツボを心得ている。ヒグマのような audience に囲まれた、Tシャツに短パン、サンダルばきの肥塚先生はとても大きくみえた。

加藤先生へ e-mail にてご報告。すぐに "Congratulations!" の reply をいただく。文末に "素晴らしい旅行をしてきてください" とあり、"思う存分遊んできてください" の意味なのだなど

解釈する。よーし、気合い入れて遊んでいこうぞー。

季節はずれに日焼けした顔で帰国、医局で学会中に撮ったスライドを皆で眺める。学会そのものに関連したスライドは殆どなく、beach だの sunset だの、シンデレラ城だの風景写真が大半で、新婚旅行のような帰朝報告となった。ぜひあの blue club と sunset のために、よし来年もぜひいい行くぞ!!

この稿を終えるにあたり今回発表の実験についてご指導、ご助言をいただいた加藤教授に深謝いたしますとともにぜひ来年は是非ご同行いただき、Clubby Bills にご案内したいと存じます。今回ご同行いただきました肥塚助教授、大塚先生、留守中ご迷惑をおかけした医局員の方々にも深謝いたします。現在滞米中の医局OGの井上馨子先生に現地にてお会いし、みなさんによろしくお伝えくださいとのご伝言を頂戴したことをご報告いたします。なお来年の目標は Grouper sandwich と Test Track です。



OB通信

私の音楽遍歴

飯田耳鼻咽喉科医院 飯田 順

開業して8年目になりますが、大学に勤務していた頃に比べると、どうしても生活は単調になりがちです。そこで休みの日には、気分転換に興味の世界に浸ることになります。最近ではインターネットなどもやっていますが、本を読んだりレコードを聞いたり、基本的な嗜好は、高校生の頃とあまり変わっていません。音楽ではJAZZが好きで、最近ではスタンゲッツの晩年の演奏が、今の私の好みにピッタリ合います。

さて皆さんはこういう経験はありませんか？
街を歩いていたり、テレビを見ていたりすると、様々な音楽を耳にしますが、それがたまたまお気に入りの音楽であって、メロディーに心を奪われていると一瞬、間をおいて背筋がゾクゾクする寒気のような一種の快感を感じる事があのです。そして感激の度合いが強いと、引き続いて熱の塊のようなものが、冷えた背中の中から生じて、数秒間で後頭部につき抜けていくのです。こういう状況になると、このまま曲の続きを聞いていたい、という強い欲求がおこります。さてこれから好きなレコードを聞くぞと、身構えているときよりも、偶然音楽が耳に届いたというような状況で生じやすいような気がします。これは自ら望んで起こるものではないので、一種の自律神経反射なのでしょう。私の場合こういう現象がおこるのは、決まってMODERN JAZZと呼ばれている音楽なのです。

そもそも中学生の頃はロックやポップスに熱中していて、JAZZに初めて接したのは高校1年の頃でした。それまで熱心に聞いていた当時アートロックあるいはニューロックと呼ばれていたジミ・ヘンドリックスやクリームなどのミュージシャンの演奏する音楽が、盛んに即興演奏を取り入れるようになっていました。そこでよりアドリブを重視する音楽であるJAZZに、

次第に興味を覚えていったのです。初めはそれまで聞いていた音楽に比べ難解に感じ、ちっとも楽しめなかったものです。わからないながらも無理にラジオなどで聞いている内に、フォービートのリズムに体をのせるコツを覚えると、少しずつその良さがわかるようになってきました。次にどのようなアドリブのフレーズが現われるのかを予想しながら聞くのですが、まったく思いもつかないような美しいメロディに出会えたときに、楽しみを見出すことができるようになったのです。また逆に、こちらの思い通りの展開になったときの快感もなかなかのものです。

高校二年から三年にかけては、開店したばかりのMEGという吉祥寺のJAZZ喫茶に、仲間と入り浸っていました。今では店主の寺島さんはJAZZ界では超のつく有名人です。彼のJAZZに関する著書は多数あり、ある意味では独断と偏見に富む内容のものですが、共感を覚える点も多く日頃愛読しております。あるとき彼のエッセイに開店直後の苦労話が書かれており、当時のことを知る者として非常に懐かしく思い、ページを繰るのもどかしく読んでいました。すると、ある時期、店内が学生服の高校生ばかりになり、店の雰囲気が悪くなって困っていたという内容にぶつかりました。すぐにこれはオレたちのことだと思い当たりました。マスターとはたまに雑談を交す程度には親しくなっていましたし、自分達の存在も、店の収益に多少は貢献していたと思っていたので、そういう風に思われていたのかと思うと、ちょっとがっかりしたものです。もっとも我々はいつもコーヒー一杯で何時間もねばっていたので、とても上客とはいえない存在でしたが。

中学、高校時代は音楽の好みコロコロと変わっていたので、友人におまへは『そのうちに、何とんでもクラシックが最高なんて言い出すんじゃないか?』と言われていましたが、その後はJAZZ一本槍です。それも最近ではアナログLPを聞く機会が以前よりも増えています。CDも買いますが、やはり、JAZZの雰囲気はアナログジャケットを

眺めながら聞く方が格別だと思います。JAZZという音楽が最も光輝いていたときと、アナログが主流であった時代が一致していたということも一因なのではないでしょうか？

たまに学会などで地方に行く機会があると、ついつい中古レコード屋に寄ってしまい、帰りにカバンがLPでずっしり重くなっていることもしばしばです。近頃アナログディスクはプレミアがついていて、人気のあるオリジナル盤の場合は五桁以上の値札が常識ですが、国内盤は千円以下で売られていることもあり、長年探していたレコードを思わぬ廉価で手に入れることもレコード収集の醍醐味です。幸か不幸か、私の住んでいる小田急線エリアは、中古JAZZレコード店の宝庫であり、どこの店に行くかでよく頭を悩ませております。さあ今日は木曜休診日、目指すは下北沢か、新宿か。

近況報告

星川耳鼻咽喉科医院 星川智英

1993年4月に、横浜市港北区で開業してから、6年が経過しました。

開業したての頃は、自分の診療所が、将来どこまで伸びるのか以外に考える事は無く、毎日患者さんの人数ばかりが気になっていました。

しかし当然の事ですが、私がいくら気にしようとして、逆に全く気にしなくても、忙しい時期は、肩がこり、目は回り、不整脈が続き、内科の先生に心電図をお願いする程でした。

ところが、暇な季節になると、待合室から人影は消え、先行きが不安になり、精神的なストレスから、胃薬を飲み続け、家族には胃カメラを勧められる始末でした。

この様な事を、3～4年程繰り返してから、医学的な問題で悩むのではなく、患者さんの人数と点数ばかりを気にしていた、自分の人生の質の低さがいやになってきました。

開業医の私が、考えて行すべき事は、患者さんの話を丁寧に聞く姿勢、優しく接する態度、精神的・身体的・金銭的に負担の少ない診療と誤診を

しない事だけなのです。

そこで私は、話の合う多くの患者さんには、自分の肉親と同じ態度で接し、どうやっても意思の疎通のはかれない一部の患者さんへは、苛立つ感情をできるだけ抑え、せめて顔だけは笑顔を作る努力をするようにしました。

これらのストレスから身を守るための、数種の胃グスリ、頭痛止め(イブ)、安定剤(デパス)、筋弛緩剤(テルネリン)etcプラス腰にはコルセットという、ほとんど病人の様な生活を返上するため、私は、お酒、ギャンブル、女性……ではなく、趣味のテニスに没頭する事にしました。

学生時代は、ほとんど練習しなかったものの、6年間途中で辞めずに、テニス部にいたのですから、港北区医師会、横浜市医師会のテニス部で活躍できると考えていました。

ところが、医師会の諸先生方は、毎週2～3回はテニスクラブへ通い、腕を磨いており、私が敵う相手ではなかったのです。

そこで、私もみなさんと同じテニスクラブに入り、スクールにも、夜の8:15～10:00、週に2回通い、さらにその後、コーチとマンツーマンのプライベートレッスンも続けました。診療所で一番薬の出るメーカーのMRも、もとテニスのインストラクターという有様です。おかげで、昨年秋の横浜市医師会のテニス大会、男子一般Aの部で優勝する事ができました。

これらの代償は、ぎっくり腰3回、テニスエルボー2回と、家庭内の冷たい空気でした。

OBの先生に近況を自由に書いていただくコーナーです。原稿依頼がありましたらどうぞよろしくお願い申し上げます。(編集部)

関連教育病院

だより

町田市民病院

吉野 清美

「今日は、どういうことで、いらしたのですか。」「私、前から慢性中耳炎で、耳が……。」「病名については、見せていただいてからで結構ですから、まず今ある症状をおっしゃって下さい。いきなり立ち上がって、こちらを指さしながら、「私は前から思っていたんだ。私は商売をしているからわかるが、その態度は前から気に入らなかったんだ。商売をしていると、そんなことでは通用しないんだ」と大変ご立腹で、御当人が大変興奮しているのと、多少たどたどしい日本語とで、よくわからない部分もありましたが、とにかく私の態度が気に入らないと言って叱られているということはわかりました。もう帰ると言って席を立たれているため、お引き止めせず、震える手で診察券をお返しして、「すみません。それでは、お大事に」と言って、カルテ記載だけして、次の方の診察に移ったことを、今も、外来診察中に、時々思い出しています。後にも先にも、この時ほど診察中に叱られたことはありません。この時以来、診察中に先を急ぎなくなった時には、この患者の氏名を心の中で、何回も呪文の様に唱えて、乗りきってきました。カルテがかなり分厚くなっていてその患者は、その後来院せず、外来スタッフの記憶からは消え去ろうとしていた2～3年経過した頃、突然、その患者がやって来ました。いつもの「めまい」だったようです。中待合いからカーテン越しに、中をチラチラと覗き、盛んにこちらを気にしているようでした。それには全く気づかぬふりをして、とても診察させていただく勇気は出なかったため、この時、ちょうど木曜日に外勤に来ていただいていた勝見先生にカルテをそっと回して、事無きを御得ました。幸か不幸か、その患者は、その後

一度も受診されず、私の外来診療の師として、私の心の中に存在し続けています。

この様な出来事を皮切りに、平成7年4月から現在に至っています。日本耳鼻咽喉科学会の専門医研修施設の認定を受けるために、火曜日の午後と木曜日の午前と午後に手術を組むようにして、平成8年の実績を基に申請し、認定を受けました。手術件数の条件を満たすために、町田市の耳鼻咽喉科医会にも出席させていただいたり、紹介を受けた際には、検査結果や手術所見等についても報告するようにして、単に精査する旨を記入した返信に留めないようにして、当院へ多くの手術症例を紹介していただけるように努めています。また、紹介して下さった先生方には、年賀状も送り、日常診療については、市内の開業医の先生方をお願いするように心がけていますが、年間150例の手術件数を保つのは、なかなか大変です。

平成9年から、当院では救急診療がスタートし、内科、外科、小児科は夜間も救急対応をしています。耳鼻咽喉科は今のところは組み込まれていないのですが、救急車で来院した「めまい」が、外来診療中に、救急外来に運び込まれると、眼振をだしながら、耳鼻科外来で患者が待っていてもおかまいなしに、耳鼻科外来には連れて行かれないので、早く診察に来るようにと催促の電話が入りよくもめました。最近では、内科の救急当番医が、まず、救急外来で診察し、必要に応じて耳鼻科依頼されるようになってきました。しかし、恐ろしいことに何の話し合いもないままに、少なくとも耳鼻咽喉科も同席するような話し合いはなしに、診療の流れが定着してきているので、実は、内科医の間で、当科は不評かも

しません。と言うのも、救急が始まる前から多くの内科の先生方は、「めまい」の「め」の字を聞いただけで、すぐに、耳鼻科あるいは脳外科と言うほどめまいを診療したくなさそうで、例外なくめまいがさらないように思われるからです。しかし、鼻出血が来院しても、夜間、内科の先生が、ガーゼで止血して下さることがあったこと

を思うと、感謝の気持ちでいっぱいです。当院の各科へ派遣している大学では、慈恵医大が最も多く、他に横浜市大、昭和医大と聖マリアンナ医大です。何か問題が生ずると、「聖マリアンナ医大は」と言うように大学単位で見られがちなので、皆さんのご迷惑にならないように頑張りたいと思います。

水戸済生会総合病院

杉浦 夏樹

この病院は、平成10年4月から新たに本学耳鼻科の関連病院となりました。ベッド数455床、PICU、周産期センターを持つ水戸市内の中核的存在の総合病院です。その最初の赴任者が、自分となったわけです。水戸と言われても一度も行ったこともなく、知り合いもいません。地図を見て東京から常磐道で130Kmと確認し「コリヤ、遠いぞ」と思いつつ、「水戸は、水戸でも水戸納豆」なんて口ずさみながら、ひとりハンドルを握り新天地に着いたのは、季節はずれの雪の日でした。縁起がいいのか悪いのか、「ひとまずいいって事にするか・・・」と言い聞かせ病院近くの仮住まいの三階の部屋に入った記憶があります(病院側が用意してくれる)。外を眺め、最初の一言は、「よし、カツ屋が近いなあー」でした。後に私がしつこいぐらいに通いつめる事となった店です。(割烹からのれんわけした由緒あるおいしいカツ屋。)

さて、本題の紹介になりますが、耳鼻科は、新井名誉院長(新潟大)、主任医長である金山先生(山形大)が常勤医として在籍されており、その下にいままでは、山形大から派遣医師が1~2年周期で送られていたそうです。それが平成10年からマリアンナからとなったわけです。この耳鼻科の長である金山先生は、40歳なりたての臨床をバリバリにやられる先生です。おおかでスピーディー、周りからの信頼の厚い先生です。専門は、めまいですが病院の性質上、鼻、耳はもとより悪性、良性の頭頸部の手術(植皮、

血管吻合を含む)も数多くおこなっています。その数は、年間350件を超えており、本学耳鼻科の派遣病院では一番のものとなっています。とにかく、アクティブに耳鼻科が動いている印象があります。耳鼻科の一週間のおおまかな流れは、外来が2診で通常100人弱を診て、月、水は午後診も行っています(第一土曜日のみ休み)。手術日は、火、木(主に耳)、金で入院患者は、通常20数人(昨年度最高34人まではいりました)です。病棟は、耳鼻科の処置室を備え専門の看護婦さんがチームでうけもってくれて、たいへん仕事がやりやすい環境です。また、他科との横の関係がスムーズなものこの病院の特徴の一つだと思います。他科は、新潟大、千葉大、筑波大の先生方がおられます。当直は、月に一回全科当直があります。研修医を終えたまたは、その後数年経った医師がオールラウンドに力を付けるのに十分な病院だと思います。

平成10年10月からは、本学からさらに一人の追加増員で、関医師も加わり活発さも増しました。以上が水戸済生会総合病院の紹介です。と言うことで水戸にも慣れてきたところでしたが、人事異動により平成11年4月から、この冊子が印刷されて読まれている頃には、私、関医師にかわり新谷、小宅医師が水戸でがんばっていることと思います。私は今、東横病院にいますが、最近あのカツを水戸の思い出とともに時々思い出す今日この頃です。

新入局員紹介

平成11年度入局

抱負

岡本充史

卒業試験が終わり国家試験が近づいて来た2月にはまだどの科へ進むか決めていませんでした。正直な話し他にも考えていた科がありました。しかし、内科的な事から外科的な事まで経験することができ更に耳、鼻、咽頭、喉頭のそれぞれが非常に奥の深い耳鼻咽喉科に魅力を感じていたのも確かでした。

そんな時、サッカー部のOBでもある堤先生に

耳鼻科に来れば何か一つやりたいことが必ず見付かるという話しを聞き、自分が今まで迷っていたのは何科にいきたいかではなく、何をやりたいかだった事に気付いて、それを見付ける為に耳鼻科に入局する決心をしました。

色々迷って決めた耳鼻科で働き出して1週間が過ぎましたが、今年は入局者が一人しかいないということもあり何か大変ですが、その分やらせてもらえる事も多く、先生方もとても親切に指導をして下さり、非常に充実した毎日を過ごしています。今は一日でも早く仕事を覚え、じっくりと勉強をして一生をかけてやっていきたいと思える事を見付けたいと思います。

ありがとう

金子 卓爾

医局を辞して約1カ月が立ち、少し開業医として慣れ始めた、今日この頃です。勤務医時代と較べて、地域住民との付合や従業員の教育等、医療以外の仕事が多く、さすがに疲れ気味です。OBの先生より、“開業医は患者の都合に合わせる必要がある”と言われましたが、短時間の診療時間内に把握することの難しさを実感しています。

岡田先生より、退局にあたり四門会誌に在局時代の思い出等を書くように依頼され、筆無精な私は、何を書こうかいろいろ考えているうちに1カ月が経ってしまいました。特に印象的な大学院時代の思い出と聖ヨゼフ病院勤務医から開業を思い立ったプロセスについて述べようと思います。

思い出おせば5年前の出来事、私は掃除や整理整頓が大の苦手、いつも自分の部屋は足のふみばもないほど雑然としていました。大学院の2年目に運よく科研費があたり、教室で実験をす

ることになりましたが、当時石手奥の研究室は荒れ放題で、人が立ち入らぬ場合となっておりました。こんな場所で分子生物や免疫染色の実験ができるのか大変疑問に思いましたが、どうかしなければと思い、漆畑先生と2人で片付け始めました。大きな物を移動するだけで約3日間、床や壁の掃除に1週間、新しい実験台等の搬入に3日間程度要し、実に約2週間、毎日研究室の掃除をしました。途中、ほうきで床をきれいに掃いても、翌日にはなぜか1cm大の埃が落ちていて、手で拾ってみると何と猿や猫の糞で、漆畑先生と大笑をしたことが何度かありました。3週間ほど経ってようやく研究室で実験可能な状態になり、堤先生より、“金子の最大の業績は、論文を書くことより、この研究室をきれいにしたことだよ！！”と言われ、このことが無事大学院を卒業できた一因であると思っています。ちなみに現在の診療所でも業者等に頼らず、院長自

ら1カ月に1度の清掃に参加していますが、この時の経験が役立っています。

もともと、父親の親戚が横須賀三春町に住んでいましたので、小中学生（25年前）の頃、観音崎、大津へ海水浴や釣でたびたび、遊びに来た覚えがあります。当時堀ノ内駅を出ると16号線より前に海岸が広がり“海に来たな”と感じましたが、現在は埋立てられ、Eve（スーパー）やダイクマ等の大型店舗が立ち並び、その変り様には、驚かされました。その一方では、旧浦賀街道沿の個人商店のさびれ方には、流通業界の変遷が手にとる様に解ります（当時、街道沿は飲食店が繁盛し、魚屋、大判焼屋、かき氷が多数あったような気がします）。しかし、春日神社や大津大社の夏祭りは以前と変わらず、小学生時代の楽しい思い出が蘇りました。

学生時代より、頭の中が体育会系で、本業はラグビー、冬春休みはスキー、夏休みはダイビングといった生活を送っていた私にとって、自然に恵まれ、気候が温暖で、人間が暖かいこの地は、直感的に肌に合うと感じました。先日も観音崎方面へ散歩している途中、大津グラウンド（徒歩10

分）の側を通るとラグビースクールが開催され、幼児園児から社会人まで年齢別に試合が行われていました。久しぶりに楕円形のボールを追う姿をみて、1時間ほど見学しました。後日、ラグビー部の先輩である桑原先生（田浦にて開業）と話をしてみると、秩父宮グラウンドが改修中で使用できない時には、公式戦が行われた由緒正しいグラウンドであることを聞かされました。また、東京に住んでいる釣好きの叔父に、つり浜公園、大津漁港、走水といったポイントは有名所で“この地に住んで釣をしないのはアホだ”と言われました。今後、はまってしまう予感がします。当地でとれたサバ、アジ、カワハギは、安価で美味しく、特にカワハギのにぎりが気に入っています。（横須賀に住むまでは、ほとんど食べたことがなかった）。横須賀（衣笠）におこしの際は、ぜひお立ち寄り下さい。（新鮮な魚を出す店が近所になくたくさんあります）。

最後に、在局中は諸先輩の先生には大変御迷惑をおかけしましたが、今後新転地で一生懸命、地域医療に貢献する所存であります。今後とも一層の御指導を賜りますようお願い申し上げます。

6月から復帰しました

木村 みすず

6月から西部病院勤務にて復帰となりました。西部に行くのはB.S.L.以来で行き方から悩んでしまいました。学生のころのイメージどおり西部はきれいでご飯もおいしいです。よく先生方にご飯を食べているか、倒れていないかと聞かれますが無事朝からしっかり食べています。

仕事に関してはコンピューターに戸惑い、物の配置も分からず、迷子にもなりおろおろしていました。手術室に入り手を洗うのも2年ぶりでした。洗い方もなんとなくしか覚えてなく1から教えてもらいました。やっと少し働けるようになってきましたが病院内に一人だけになってしまうとすごく怖いです。この間病棟で七夕セットを作っているのを見て短冊になんて書きたい

かと聞かれ“このまま何事もおきません様に”と答えました。

こんな状態でありながら先日お給料をいただきました。私にとっては約2年ぶりのお給料です。うきうきしていくら入ったか早く確認したかったのですが、親が通帳を持っていたので確認してもらいました。金額を聞き何か買おうか夢が広がったとたん恐れてはいたのですがおこづかい中止を言い渡されました。やっと社会人への第一歩を踏み出したような気がします。

最後になりましたが退職の際ご迷惑をかけたあげく、再度受け入れていただきありがとうございます。これからもご指導御鞭撻のほどよろしくお願い致します。

聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室同門会会則

第1章 総 則

第1条 (名 称)

本会は聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室同門会と称する。

第2条 (事務局)

本会は事務局を聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室内に置く。

第2章 目的および事業

第3条 (目 的)

本会は聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室の進歩発展と学術的事業に対する援助を行うとともに、会員相互の学術研鑽並びに親睦を図ることを目的とする。

第4条 (事 業)

本会は前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

- (1) 学術研究会および講演会等の開催
- (2) 総会および親睦会の開催
- (3) 四門会誌・名簿・その他出版物の発行
- (4) 聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室の後援
- (5) その他、本会の目的を達成するのに必要な事項

第3章 会 員

第5条 (会 員)

本会は次の者をもって会員とする。

- (1) 聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室在籍者
- (2) 聖マリアンナ医科大学関連教育病院耳鼻咽喉科在籍者
- (3) 本会の目的に賛同し会長あるいは理事会において推薦され総会にて承認された者

第6条 (会員の入会手続)

- (1) 本会に入会を希望するものは、所定の申込書に年会費を添えて本会に提出し、理事会の承認を得なければならない。
- (2) 前条(3)項に該当する者は、会長あるいは理事会の推薦を得た後、所定の申込書に年会費を添えて本会に提出し、総会で承認を得なければならない。

第7条 (会 費)

- (1) 会費は細則に定めるところによる。

- (2) 会費は前納とする。

第4章 役 員

第8条 (役 員)

本会に会長1名、副会長1名、理事数名、事務局長1名、監事2名を置く。

第9条 (役員任期)

本会の役員任期は、原則として2年とする。ただし、再任を妨げない。

第10条 (役員職務、権限)

- (1) 会長は本会を代表し、会務を総括する。
- (2) 副会長は会長を補佐し、会長に支障が生じた場合、その職務を代行する。
- (3) 理事は理事会を構成し、この会則に定めるものの他、本会の業務を議決し、業務を執行する。
- (4) 監事は本会の業務ならびに会計を監査する。
- (5) 事務局長は理事会のもとに事務局を統括し、会務の遂行にあたる。

第11条 (役員選任)

- (1) 理事および監事は聖マリアンナ医科大学卒業生の会員により推薦され、総会にて承認を得たものとする。選出の方法は細則による。
- (2) 理事の中に推薦理事を置き、聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室主任教授をこの推薦理事とする。
- (3) 会長、副会長は理事の互選とする。
- (4) 監事は理事および事務局長を兼ねることはできない。

第5章 会 議

第12条 (総 会)

- (1) 総会は年1回会長が理事会の議を経て、これを召集する。
- (2) 総会は会員の3分の1以上の出席(委任状を含む)をもって成立する。
- (3) 総会においては会長を議長とし、事業計画ならびに収支予算についての事項、事業報告および収支決算についての事項および本会の運営に関する重要事項の承認を受けねばならない。
- (4) 総会の議決は出席者の過半数をもって決

し、可否同数のときは議長が定める。

- (5) 会長が必要と認めた場合、あるいは会員の要望がある場合において、会長は、理事会の議を経て、臨時総会を召集することができる。

第13条 (理事会)

- (1) 理事会は会長がこれを召集する。
(2) 理事会は現理事数3分の2以上の出席(委任状を含む)をもって成立する。
(3) 理事会においては会長が議長となり、本会の事業を企画し、必要な一切の事項を審議し運営する。
(4) 理事会の議決は出席者の過半数をもって決し、可否同数のときは議長が定める。
(5) 監事は理事会に出席し意見を述べることができる。ただし、票決に加わることはできない。

第6章 事務局

第14条 (事務局)

- (1) 本会の一般業務を処理するために、本会の事務所に事務局を置く。
(2) 事務局の構成は事務局長1名、事務局員若干名とし、選出方法は、聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室医局に一任する。
(3) 事務局長は理事会に出席する。

第7章 会計

第15条 (本会の経費)

本会の経費は会費、寄付金、その他の収入をもってあてる。

第16条 (会計年度)

本会の会計年度は毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終える。

第8章 会則の改正

第17条 (会則の改正)

本会則を改正するには理事会の審議を経て、総会の出席者の3分の2以上の議決を得なければ変更することができない。

第9章 その他

第18条 (その他)

本会則を施行するに必要な細則を別に定める。

<附 則>

第19条 (本会則の発効)

本会則は平成9年12月1日から発効する。

聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室同門会細則

第1条 本細則は会則第18条によりこれを定める。

第2条 (会費)

- (1) 会費は年会費とし、次のごとく定める。
・聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室および同関連教育病院
・在籍者の会員は年額 5,000円。
・その他の会員は年額 10,000円。
(2) 70歳以上の会員に対しては理事会の議を経て、会費の免除を行ない、名誉会員とする。

第3条 (役員を選出)

- (1) 理事および監事の選出は総会において投票をもって行なう。理事の内訳は聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室在籍者より5名、前者以外の会員より10名とし、各5名、10名の連記、無記名投票とし、上位5名、10名を当選とし、監事にあつては、2名連記、無記名投票とし、上位2名を当選する。

尚、最下位当選者と獲得票数が同じになった場合は対象者で再選挙を行い決定する。

- (2) 選挙は選挙管理委員会が管理する。委員長および委員は会員の中から理事会が委嘱する。ただし、役員および立候補者は選挙管理委員となることはできない。
(3) 候補者は聖マリアンナ医科大学卒業生の会員2名以上連名による推薦の届出により資格を得るものとする。
(3) 推薦理事は、前項(1)の定数には含まれない。
(4) 会長および副会長の選出は理事の互選による。

第4条 (慶 弔)

会員にかかる慶弔は理事会に一任する。

<附 則>

第5条 (本細則の発効)

本細則は平成9年12月1日から発効する。

平成11年度 同門会 会員名簿

氏名	自宅／勤務先住所	自宅／勤務先TEL	勤務先
赤尾 一郎	224-0032 横浜市都筑区茅ヶ崎中央11-1-308	045-912-1653	聖マリアンナ医科大学 横浜総合病院
赤城 光代	607-8475 京都市山科区北花山横田町1-2 607-8481 京都市山科区北花山中道町35-31	075-583-3111 075-581-5436	赤城医院
赤澤 吉弘	215-0013 川崎市麻生区王禅寺2501-102		聖マリアンナ医科大学
秋山 由香里	157-0074 世田谷区大蔵2-14-7-403	03-3415-0481	聖マリアンナ医科大学 京浜総合病院
朝倉 美弥	173-0004 板橋区板橋1-47-13-301 171-0031 豊島区目白2-5-27	03-5248-0210 03-5954-4133	目白耳鼻咽喉科
荒木 昭夫	152-0035 目黒区自由が丘3-2-2 216-0004 川崎市宮前区鷺沼1-11-6	03-3718-6712	荒木耳鼻科医院
飯田 順	215-0023 川崎市麻生区片平2-24-16-608 228-0011 座間市相武台1-4507 第六広栄ビル2F	044-986-3460 0462-57-9001	飯田耳鼻咽喉科医院
五十嵐 淑晴	142-0043 品川区二葉3-3-10 同 上	03-3787-1260 同 上	五十嵐耳鼻咽喉科医院
石倉 幹雄	145-0062 大田区北千束1-9-17 110-0003 台東区根岸3-11-8	03-3717-3497	石倉耳鼻咽喉科
井上 馨子	105 Park Place Venice C.A. 90291 U.S.A	310-581-0411	
芋川 英紀	251-0037 藤沢市鶴沼海岸1-2-18	0466-34-0938	聖マリアンナ医科大学
巖 文雄	158-0096 世田谷区玉川台1-11-15-205 213-0013 川崎市高津区末長146-1 A-103	03-5716-3633 044-877-4628	梶ヶ谷耳鼻咽喉科
岩澤 寛	158-0093 世田谷区上野毛4-30-12 107-0052 港区赤坂3-1-16	03-3704-5178 03-3583-6155	岩澤医院
岩武 博也	225-0001 横浜市青葉区荏子田1-2-5 C-403	045-901-3386	聖マリアンナ医科大学
上杉 恵介	171-0052 豊島区南長崎1-8-6 178-0064 練馬区南大泉4-48-7	03-3565-2575 03-3924-8187	上杉耳鼻咽喉科医院
内田 登	214-0014 川崎市多摩区登戸2200-205	060-631-6031	聖マリアンナ医科大学 積仁会 島田総合病院
漆畑 保	194-0013 町田市原町田 2-19-13	0427-24-5402	聖マリアンナ医科大学
榎並 厚人	216-0015 川崎市宮前区菅生3-25-13-202	044-975-0426	聖マリアンナ医科大学
大川 勇	125-0035 葛飾区南水元1-25-1 同 上	03-3609-6389 03-3608-1202	水元耳鼻咽喉科・外科クリニック
大越 俊和	251-0026 藤沢市鶴沼2-1-604 226-0014 横浜市緑区台村町362	0466-26-6985 045-931-1602	大越医院
大城 修	905-0012 名護市名護98-2	09805-3-1697	
大高 詳一郎	014-0311 仙北郡角館町田町上丁65 同 上	0187-54-2052 同 上	耳鼻咽喉科菅原医院
大竹 英夫	195-0055 町田市三輪緑山1-7-11 177-0051 練馬区関町北2-26-18	044-987-6705 03-3929-8733	大竹耳鼻咽喉科
大塚 崇志	214-0035 川崎市多摩区長沢1-2-16-102	044-934-4822	聖マリアンナ医科大学
大橋 徹	305-0043 つくば市大角豆949-10	03-3410-2652	聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院
大橋 直樹	930-0882 富山市五艘1634-1	0764-41-0644	

岡田 智幸	167-0032 杉並区天沼3-9-10-702	03-3811-5126	聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院
荻野 貞雄	227-0044 横浜市青葉区もえぎ野17-10-307	045-973-0712	聖マリアンナ医科大学 稲田登戸病院
荻野 洋一	225-0011 横浜市青葉区あざみ野3-18-10	045-901-1461	
奥野 恒弥 故人	223-0062 横浜市港北区日吉本町1-20-16	03-3461-0998	
岡本 充史	216-0015 川崎市宮前区菅生2-23-10-305	044-976-9117	
尾谷 良博	215-0003 川崎市麻生区高石3-10-12-207	044-955-7696	聖マリアンナ医科大学 稲城市立病院
越智 健太郎	206-0804 稲城市百村1624-1-1103	0423-79-4063	聖マリアンナ医科大学 東横病院
小野 泰三郎	190-0001 立川市若葉町1-16-6 190-0001 立川市若葉町1-14-28	0425-37-3506 0425-36-0240	けやき台耳鼻咽喉科
小宅 大輔	215-0003 川崎市麻生区高石1-1-17-401	044-954-9212	聖マリアンナ医科大学 済生会水戸総合病院
勝見 直樹	216-0007 川崎市宮前区小台1-4-7-405	044-856-7867	聖マリアンナ医科大学 東芝林間病院
加藤 功	213-0001 川崎市高津区溝口3-10-35	044-814-2317	聖マリアンナ医科大学
金子 卓爾	238-0014 横須賀市三春町5-4 238-0031 横須賀市衣笠栄町3-2-2 2F	0468-21-0542 0468-52-4187	かねこ耳鼻咽喉科
鎌数 清磨	916-0053 鯖江市日の出町5-4 同上	0778-51-0207 同上	カマカズ医院
河合 清隆 故人			
菊地原 基敬	215-0013 川崎市麻生区王禅寺613-52 215-0005 川崎市麻生区千代ヶ丘8-1-3-103	044-952-5058 044-951-6821	菊地原耳鼻咽喉科
菊地 仁	225-0011 横浜市青葉区あざみ野2-16-14	045-901-6435	聖マリアンナ医科大学
北原 哲	173-0005 板橋区仲宿47-17-409 357-8513 所沢市並木3-2	03-3579-1016 042-995-1686	防衛医科大学校耳鼻咽喉科学講座
木下 裕継	288-0874 銚子市豊里台1-1044-521	0427-99-5676	聖マリアンナ医科大学 積仁会 島田総合病院
木原 紀子	340-0034 草加市氷川町1377-1	0489-22-9834	
木村 みすず	211-0025 川崎市中原区木月474-201	044-435-2349	聖マリアンナ医科大学
倉田 久美	239-0833 横須賀市ハイランド2-16-4 239-0841 横須賀市長沢3-3-10	0468-47-2859 0468-48-8741	倉田耳鼻咽喉科
倉田 文雄	239-0833 横須賀市ハイランド2-16-4 239-0841 横須賀市長沢3-3-10	0468-47-2859 0468-48-8741	倉田耳鼻咽喉科
黒田 寿史	216-0015 川崎市宮前区菅生1-19-6-101	044-975-7208	聖マリアンナ医科大学
桑原 大輔	145-0065 大田区東雪谷2-35-19	03-3720-0138	聖マリアンナ医科大学
釵持 睦	227-0036 横浜市青葉区奈良町2864-31-403	045-961-0435	聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院
肥塚 泉	228-0802 相模原市上鶴間3139-41	0427-42-3150	聖マリアンナ医科大学
小西 和朗	031-0841 八戸市鯉島ハンノ木沢6-1	0178-33-1102	
小林 健彦	195-0061 町田市鶴川3-20-3	0427-35-0300	聖マリアンナ医科大学
小松崎 貴美	220-0032 横浜市西区老松町29-1 野毛山マンション3D	045-231-4463	

小松崎 靖	220-0032 横浜市西区老松町29-1 野毛山マンション3D 聖マリアンナ医科大学	045-231-4463	聖マリアンナ医科大学 東横病院
五島 可喜	253-0053 茅ヶ崎市東海岸北1-1-16 同上	0467-82-4838 同上	五島耳鼻科
坂本 園子	305-0031 つくば市吾妻2-805-1206 305-0005 つくば市天久保2-1-1	0298-56-0473 0298-53-3926	筑波大学耳鼻咽喉科
佐久間 惇	225-0012 横浜市青葉区あざみ野南2-2-5-101	045-913-0985	聖マリアンナ医科大学
佐藤 成樹	224-0001 横浜市都筑区中川4-14-33	045-913-1197	聖マリアンナ医科大学 聖ヨゼフ病院
菱澤 えり子	216-0033 川崎市宮前区宮崎1-8-10-501	044-852-1807	聖マリアンナ医科大学 麻生病院
新谷 敏晴	150-0046 渋谷区松濤1-29-12	025-225-8345	聖マリアンナ医科大学 済生会水戸総合病院
菅野 澄雄	224-0001 横浜市都筑区中川5-30-23 216-0002 川崎市宮前区東有馬3-5-29 三和ビル1F	045-910-4595 044-852-8733	菅野耳鼻咽喉科
杉浦 夏樹	311-4144 水戸市開江町1067-1-301	03-3721-2392	聖マリアンナ医科大学 東横病院
杉山 裕	180-0006 武蔵野市中町1-17-7-701		聖マリアンナ医科大学
鈴木 毅	215-0021 川崎市麻生区上麻生1355	044-986-9291	聖マリアンナ医科大学 稲城市立病院
鈴木 正彦	259-0132 中郡二宮町緑が丘3-2-12 250-0875 小田原市南鴨宮3-33-16	0468-70-1191 0465-48-4133	かものみや耳鼻科
関 良武	215-0011 川崎市麻生区百合丘1-3-5-203	044-965-1869	聖マリアンナ医科大学 町田市民病院
瀬戸 皖一	230-0017 横浜市鶴見区東寺尾中台20-31 230-0063 横浜市鶴見区鶴見2-1-3	045-582-5617 045-581-1001	鶴見大学歯学部第一口腔外科
曾我 敏恵	230-0047 横浜市鶴見区下野谷町4-179 同上	045-506-3862 045-511-3839	白井耳鼻咽喉科医院
高橋 姿	951-8104 新潟市二葉町一丁目823-30 951-8122 新潟市旭町通1-757	025-223-9011 025-227-2303	新潟大学耳鼻咽喉科学講座
竹山 勇	194-0001 町田市つくし野2-10-32 215-0011 川崎市麻生区百合ヶ丘3-27-1-202	0427-96-5413 044-952-3356	竹山耳鼻咽喉科クリニック
田沢 卓	225-0003 横浜市青葉区新石川4-27-16-202	045-911-4858	聖マリアンナ医科大学 済生会川口総合病院
田中 健二郎	228-0821 相模原市相模台2-32-9	0427-46-7103	聖マリアンナ医科大学
田辺 忠夫	369-0112 北足立郡吹上町鎌塚4-3-1 同上	0485-48-5100 0485-49-0733	田辺耳鼻咽喉科医院
田畑 久美子	963-7851 石川郡石川町字新町51 963-7851 石川郡石川町字新町46-1	0247-26-3035 0247-26-3415	石仁会 中島医院
堤 康一郎	164-0012 中野区本町2-42-15	03-3372-2110	聖マリアンナ医科大学
廿野 延和	143-0016 大田区大森北6-15-8 ツヅノビル4F	03-3762-3825	ツヅノ薬局
戸田 行雄	433-8112 浜松市初生町820-1 同上	0534-37-8733 0534-38-3311	戸田耳鼻咽喉科医院
富澤 秀雄	225-0011 横浜市青葉区あざみ野1-21-9-401	045-902-4398	聖マリアンナ医科大学
鳥越 達也	241-0816 横浜市旭区笹野台1-1-43-408 241-0816 横浜市旭区笹野台1-1-38 101-A	045-362-9318 045-366-6487	鳥越耳鼻咽喉科
中島 博昭	241-0836 横浜市旭区万騎が原130-2	044-877-4019	聖マリアンナ医科大学
中村 学	214-0035 川崎市多摩区長沢1-34-18-305		聖マリアンナ医科大学
西野 裕仁	184-0011 小金井市東町1-45-12	0422-32-3961	聖マリアンナ医科大学 稲田登戸病院
信清 重典	214-0035 川崎市多摩区長沢2-15-20-404	044-976-8177	聖マリアンナ医科大学 横浜総合病院

橋本 久子	235-0033 横浜市磯子区杉田1-17-1-1009 235-0033 横浜市磯子区杉田1-17-1-プラザ杉田 3 F	045-774-3159 045-774-4133	橋本耳鼻咽喉科医院
服部 康介	216-0014 川崎市宮前区菅生ヶ丘1-23-107	044-976-7076	聖マリアンナ医科大学
菱沼 文彦	187-0003 小平市花小金井南町3-3-11 189-0013 東村山市栄町2-10-24	0424-62-6248 0423-94-8550	菱沼耳鼻咽喉科医院
俵道 淳	215-0012 川崎市麻生区東百合丘2-20-5-101	044-952-1929	聖マリアンナ医科大学
平沼 一良	225-0001 横浜市青葉区美しが丘西3-13-9 216-0022 川崎市宮前区平1-4-16	045-901-5001 044-866-6006	平沼歯科クリニック
古野 隆之	820-0065 飯塚市大字中952 同 上	0948-22-1950 同 上	古野医院
星川 智英	223-0056 横浜市港北区新吉田町1149-2 223-0056 横浜市港北区富士塚1-1-9-202	045-531-2285 045-435-1287	星川耳鼻咽喉科
細川 智	359-1111 埼玉県所沢市緑町2-22-8 同 上	0429-39-4005 同 上	細川耳鼻咽喉科医院
松生 愛彦	157-0066 世田谷区成城6-18-20	03-3484-1811	日本医大
松尾 有希子	158-0082 世田谷区奥沢7-31-1	03-3703-6478	聖マリアンナ医科大学
三井 雅夫	216-0013 川崎市宮前区潮見台8-28	044-975-0881	
南 定	151-0072 渋谷区幡ヶ谷2-18-16 同 上	03-3378-3597 03-3376-2554	みなみ耳鼻咽喉科
三保 仁	222-0002 横浜市港北区師岡町356 222-0031 横浜市港北区太尾町520-1	045-531-1500 045-545-8711	三保耳鼻咽喉科
宮尾 益従	951-8066 新潟市東堀前通3-373	025-228-7240	
宮坂 良介	365-0014 北埼玉郡川里村屈巢3843 同 上	0485-69-0100 同 上	宮坂医院
宮部 聡	224-0001 横浜市都筑区中川1-17-1-602	045-913-5442	聖マリアンナ医科大学
宮本 康裕	332-0021 川口市西川口2-5-2-606	044-977-4815	聖マリアンナ医科大学 済生会川口総合病院
守安 靖廉	145-0062 大田区北千束1-13-5 同 上	03-3723-0585 同 上	大岡山耳鼻科
諸見里 和子	206-0013 多摩市桜ヶ丘1-49-4	0423-73-9669	深水耳鼻咽喉科
矢崎 裕久	400-0861 甲府市城東5-16-32-102 409-3821 中臣摩郡玉穂町下河東1110	0552-26-1800 0552-73-6769	山梨医科大学
山田 善一	963-8004 郡山市中町14-17 同 上	0249-39-3390 0249-39-3387	中町耳鼻咽喉科クリニック
吉川 由繪	336-0001 浦和市常盤7-9-16 332-0021 川口市西川口1-6-1 小野田ビル 3 F	048-833-0871 048-254-0871	吉川耳鼻咽喉科医院
吉田 篤正	227-0062 横浜市青葉区青葉台1-21-8 226-0025 横浜市緑区十日市場町801-8	045-984-2006 045-983-6649	吉田医院
吉野 清美	225-0002 横浜市青葉区美しが丘2-54-12	045-901-6875	聖マリアンナ医科大学 町田市市民病院
渡辺 昭司	214-0036 川崎市多摩区南生田2-6-13	0480-43-3502	聖マリアンナ医科大学
渡辺 嘉彦	194-0002 町田市南つくし野4-8-26 230-0000 横浜市鶴見区鶴見2-1-3	042-795-7274 045-581-1001	鶴見大学保険センター
渡来 潤次	181-0012 三鷹市上連雀2-4-13 牛久市刈谷町2-176-2	0422-74-9077 0298-74-6887	渡来耳鼻咽喉科医院
和田 弘	146-0094 大田区東矢口3-15-4 228-0011 座間市相武台1-4941-1	03-3735-4133 0462-56-5111	相武台病院

自宅・勤務先の住所変更・訂正がありましたらご連絡下さい。

編集後記

Millenniumとは、千年をあらわす。昨今、このミレニウムと言葉はコンピュータの2000年問題でご承知のごとくである。カサノバを自称する芸能人でも、自分自身の頭痛の種なら、まだいいが……それが吐露され、漏れたりすると、本人のあわてようは並々ならぬものがある。しかしながら、コンピュータの2000年問題はちょっと異種である。1995年末のBBC（英国放送）の特集で放送されるまで、IBMを代表とするハードメーカーも、Microsoftを代表とするソフトメーカーも沈黙を守り、社会問題化して体面を保った。この放送では英国在住のcouch potato(es)(カウチポテト：長椅子に寝そべり、スナックをたべながら、テレビを一日中見ているような人々を指し、体型は肥満)でしかもcomputer nuts(コンピュータきちがい)の人が、2000年の自分の誕生日は何曜日かと、コンピュータを操作したところ2000年にならないのに気づき、BBCに投書したところから、番組が展開している(同じ時期に留学していたフランス人女性は、BBCの放送前に、自分のデータをどう整理しようか、困惑していたのを思い出す。IBMにいる友達から既に聞かされていたそう。さすがに、社会混乱を招くからみんなに言えなかったと本人の弁である)。そういえば、80年代に買ったオリンパスのカメラの日付が1999年までと説明書に書いてあった。当時から予期されていたことだったのだ。

医学卒前教育・卒後教育現場にも、2000年問題がある。

予期されているというよりは、2001年(平成13年)の第95回医師国家試験から大幅改訂が予定されている。日程は変わらず2日間であるが、問題数を現行の320題から500題へ。モグラタタキの敏捷性が国家試験には要求されるのである。命の判断がモグラタタキと一緒に……。オカミハナニヨカンガエテイルノヤラ。

他大学と授業・実習単位に互換性を作ろうとする動きがある。旧帝大を始めとして国立大学は、大学院大学化を進めており、まず矛先は私学に向けられる事、必至である。個性ある人間が少なくなったといわれるこの時代、個性ある教育、統廃合なく生き残れる個性ある大学・病院そして診療科(医院)づくりは他人事ではなく、われわれひとりひとりに架かってきている。

欧米の医師にも厄介な2000年問題が持ち上がりつつある。聞くところによると、日本の医師免許を持っていると世界のどこかしこでも開業あるいは医療行為ができるというものである。今回の平衡でお招きしたDr. BronsteinやDr. Grestyが私のロンドン留学当時(1995-1997年)言っていた「日本人医師の英国侵略は90年代から始まった」とのジョークは危惧に変わり、近年中に実現されそう。ハワイで開業したいM先生吉報です。

世紀末のこの年、わが加藤 功主任教授が主催した第58回日本平衡神経科学会総会・学術講演会は新しい理念に基づき、従来の学会のあり方を一掃し、大成功に終わりました。諸先生方の労いとともに、次のMillenniumがよい年でありますように。

(文責：岡田智幸)

聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室同門会

「四門会」第7号

平成11年10月発行

発行 聖マリアンナ医科大学
耳鼻咽喉科学教室同門会
電話 044 (977) 8111 (代)

制作 株式会社 教育広報社

